

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON.

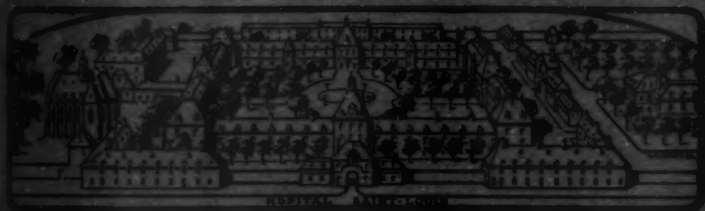
SIXIÈME SÉRIE

Publiée par

CH. AUDRY (Toulouse). — L. BROCCQ (Paris). — J. DARIER (Paris).
W. DUBREUILH (Bordeaux). — E. JEANSELME (Paris).
J. NICOLAS (Lyon). — R. SABOURAUD (Paris). — G. THIBIERGE (Paris)

et P. RAVAUT (Paris)

RÉDACTEUR EN CHEF



MASSON ET C^{ie}. ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

122, BOULEVARD-SAINT-GERMAIN, PARIS

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au D^r Paul RAVAUT, titulaire

17, rue Ballu, Paris IX^e. (Téléph. : Gutenberg 04.92).

Prix de l'abonnement pour 1921 (12 numéros à paraître)

France : 40 fr. ; Étranger : 45 fr.

Le numéro : 4 fr. — Changement d'adresse : 1 fr.

L'abonnement aux Annales de Dermatologie donne droit au service gratuit du Bulletin de la Société de Dermatologie

DERMATOSES ET ALOPÉCIES GEDROCADINOL VIGIER

Succédané de l'huile de Ode

(Diphénol et Éthers de diphénol de l'huile de Ode. Huiles essentielles de Cassia et de Cèdre)

Paraffine, glycérine, colloïdons, solutions : éthere, acétone, chloroforme au Gedrocadinol.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

GAZE-EMPLATRE pour pansement

TULLE ADHÉSIF PERMEABLE À L'AIR

GAZE GRASSE ANADHÈRE

PREMIÈRE PUS À LA PEAU — ANTI-IRRITANTE

Simple — B. du Pérou

Ichtyel — Collargol

etc.

EMPLATRES
ROGÉ-CAVAILLÉS
Aseptiques, Caoutchoutés, Fins, Souples, Adhésifs.

OXYDE
DE ZINC

ROUGE DE VIDAL

VIGO fin, souple.

Huile de ode — Ichtyel.

PYROGALLIQUE, SALICYLIQUE, etc.

COLOPLASTRE

ADHÉSIF au 2nd

en BOBINES de 1.25-4 cm.

remplace le leucoplaste Allemand

ÉCHANTILLONS, VENTE EN GROS, CORRESPONDANTS : CAVAILLÉS

24, Rue de TURIN, 2 PARIS. — Tél. L. 79-63

Détail : Pharmacie, 9, rue du 4-Septembre, PARIS et Pro

PHOSPHOGENE DE L. PACHAUT

Préparation de la forme la plus efficace de la Médication Phosphorée : Spéciment, Pulvérisé, Syndes, etc., etc. — Un cachet à dévisser et à avaler. — 150, Boulevard Haussmann, Paris.

VALERIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement absorbée par les malades. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

1900

11 da

R

e Ca

DE

O

DAL

, etc.

000

gator

T

de la

de la

de la

de la

de la

TRAVAUX ORIGINAUX

UNE NOUVELLE MALADIE A MANIFESTATIONS CUTANÉES CAUSÉE PAR UN BACILLE ACIDO-RÉSISTANT

Par E. MARCHOUX, professeur à l'Institut Pasteur

Le 22 juin 1920, entré à l'hôpital Pasteur, dans le service de M. le Dr Veillon, un jeune malade qui me fut confié pour lui appliquer le traitement par les savons d'huile de foie de morue, recommandé contre la lèpre par Léonard Rogers.

Ce jeune homme de 23 ans, F. C..., est né à Paris de parents Haïtiens. A l'âge de 2 mois, il est ramené aux Antilles où il reste jusqu'en 1910. Revenu en France, à cette époque, il fut tout d'abord soigné pour une phlébite et au mois d'octobre de la même année, il présenta un érythème de la face, pour lequel il lui fut donné de l'huile de Chaulmoogra. Il prit du service, pendant la guerre, en Angleterre où il fut pendant un an soigné dans un hôpital et soumis au même traitement.

Au moment où il entre, il porte des taches pigmentées, arrondies, empiétant les unes sur les autres et siégeant au visage et au cou, aux avant-bras et aux bras, aux jambes et aux cuisses. Le tronc, les pieds et les mains sont indemnes.

Il y a un peu de conjonctivite des deux yeux qui guérit rapidement et du coryza de la narine gauche. Rien aux lèvres, ni à la muqueuse buccale. L'examen des divers organes ne révèle rien d'anormal.

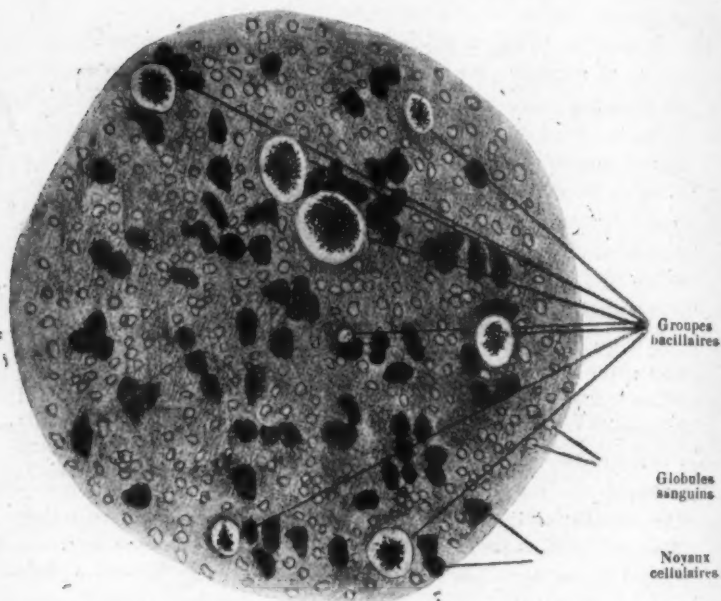
On ne constate pas la moindre trace d'anesthésie, même au niveau des taches pigmentées, pas plus au toucher qu'à la piqure ou aux variations de température.

Le malade est très amaigri; il souffre d'insomnie et de courbatures depuis une quinzaine de jours. La température atteint 38°4.

Du 22 juin au 20 novembre 1920, et malgré tout traitement, l'état du malade s'est constamment aggravé. Ce furent des gonflements ganglionnaires douloureux des régions cervicales et inguinales, des douleurs profondes dans les membres et dans l'abdomen, des tuméfactions périarticulaires avec arthralgies, de l'albumine dans les urines dont le taux s'est élevé jusqu'à 5 gr. par litre, des œdèmes, de la diarrhée persistante et répétée qui conduisit le malade à la cachexie.

A 7 reprises différentes, il a été atteint d'éruptions bulleuses sur le visage, le cou et les membres. Le phénomène débute par de l'érythème; l'épiderme se soulève ensuite en une cloche volumineuse qui se rompt et il se forme un ulcère superficiel, long à guérir. Toutes les faches qu'on relève sur la peau sont des cicatrices d'ulcères semblables.

L'examen microscopique permet de constater dans la sérosité de



ces ulcères, comme dans le mucus nasal, la présence d'amas de bacilles acido-résistants *fins* et *granuleux*.

Pendant presque tout le temps de son séjour à l'hôpital, F. C..., a présenté une température oscillante, restant autour de 38°, s'élevant parfois au-dessus de 39° le soir, revenant à la normale ou au voisinage de la normale le matin, s'y maintenant, de temps en temps, pendant quelques jours, mais présentant, en général, de grandes variations, sauf du 1^{er} au 20 novembre, où, malgré un état grave, elle se maintient à 37° et au-dessous.

Le 20 novembre, le malade désire retourner dans sa famille et il sort de l'hôpital.

A la suite d'accidents, dénommés grippaux, il y est ramené d'urgence le 5 janvier 1921 et meurt une heure après son entrée.

A l'autopsie, pratiquée le 7, on constate que F. C... a succombé à une pleurésie purulente gauche. La rate est volumineuse, les reins gros et pâles. Tous les autres organes paraissent normaux.

On prélève des ganglions bronchiques, des ganglions mésentériques, des ganglions inguinaux qui tous sont volumineux. On prend la rate, des morceaux de foie, de rein et un peu de peau au niveau des taches pigmentées.

Jusqu'à ce moment, le diagnostic qu'il était possible de porter sur la maladie à laquelle F. C... venait de succomber ne pouvait être que celui de lèpre, interrompue par une infection aiguë d'origine grippale. Sans doute cette lèpre était atypique, sans zone d'anesthésie, sans tubercules, ni taches achromiques; sans doute cette grippe avait laissé le poumon apparemment intact; mais la présence de bacilles acido-résistants dans la peau et le mucus nasal, les renseignements fournis par la famille sur le début de l'affection aiguë, la découverte d'une pleurésie purulente suffisaient à justifier l'ensemble du diagnostic porté.

Mais les examens microscopiques faits sur le matériel d'autopsie vinrent modifier complètement cette opinion.

Les frottis de rate en particulier offrent un spectacle tout à fait nouveau. Au lieu de ces bacilles alignés les uns à côté des autres « comme des cigares dans un paquet » suivant l'expression pittoresque de Hansen, au lieu de ces bactéries de la dimension d'un bacille tuberculeux, disposées en paquets entourés d'une glée, au lieu de cellules lépreuses à protoplasma vacuolaire et peu colorable, on se trouve en présence d'amas plus ou moins volumineux de bacilles acido-résistants fins, courts, parfois coccoïformes, entremêlés en tas d'épingles, feutrés dans tous les sens et contenus dans des gouttelettes de substance claire et réfringente, répandues au milieu de noyaux de cellules détruites. La figure jointe à ce travail fera comprendre la disposition relative des divers éléments ci-dessus désignés.

Le germe microbien en cause est d'épaisseur moitié moindre que celle d'un bacille lépreux et de longueur très variable. Certains d'entre eux, en petit nombre d'ailleurs, sont aussi longs qu'un bacille de Hansen, les autres sont beaucoup plus courts et la plupart coccoïformes. Ils se trouvent entassés, enchevêtrés de telle manière qu'il est difficile de percevoir des éléments isolés. Ces amas siègent au centre des gouttelettes qui dessinent tout autour

une aréole claire, vide de germes. Les paquets et les gouttelettes varient beaucoup de dimensions, les uns sont plus grands qu'un globule blanc, les autres plus petits qu'un globule rouge; les uns renferment plusieurs centaines de germes, les autres seulement 3 ou 4. Ces groupes singuliers de bacilles parfois si courts, donnent tout à fait l'impression d'être formés d'amas pulvérulents d'où le nom de *Mycobacterium pulviforme*, par lequel je propose de désigner le germe spécial qui les composent.

La substance dans laquelle ils sont contenus est de nature grasseuse. Quand on fait agir sur elle l'acide osmique, elle prend sans coloration une teinte grisâtre. Si on fait suivre ce traitement de l'emploi d'une teinture, elle fixe la matière colorante avec tant d'énergie, qu'il est impossible de l'en débarrasser. Derrière cet écran fortement teinté, il devient impossible d'apercevoir les bacilles.

Cette substance est très soluble dans le xylène, le toluène, la benzine, l'essence de pétrole, l'acétone, l'éther, le chloroforme. Dès qu'elle est dissoute, les bacilles agglomérés par elle, se séparent et sont entraînés rapidement. Le simple nettoyage d'une préparation au xylol n'en laisse plus persister que quelques-uns.

On comprend, dans ces conditions, combien il est difficile de fixer la position des germes bacillaires dans les tissus. Les opérations qu'il faut faire subir aux coupes les privent de tous les microbes qu'elles contiennent. D'autre part, la macération cadavérique a entraîné des dissolutions protéolytiques qui rendent les coupes difficiles à lire. Cependant, on constate autour des vaisseaux dans la pulpe splénique la présence d'amas de cellules vacuolaires, en forme d'éponges, dans lesquelles on peut voir parfois quelques bacilles. Il semble que les gouttelettes lipoides et les bacilles soient enfermés dans des cellules géantes, sans apport tout autour de cellules migratrices, sans formation de tubercule vrai.

Le *Mycobacterium pulviforme* prend le Gram.

L'obstacle que nous oppose la nature labile de la substance enveloppante, nous a retenu jusqu'ici d'examiner les pièces recueillies. Cependant des frottis de tous les organes ont été faits. Les bacilles sont beaucoup moins nombreux dans le foie que dans la rate et les amas qu'ils constituent sont beaucoup plus restreints.

Nous les avons trouvés en très petit nombre dans les ganglions bronchiques et médiastinaux. Ils se rencontrent au contraire en très grande quantité dans les ganglions inguinaux où se trouvent aussi en abondance des streptocoques.

Or, M. Reilly qui a examiné le liquide pleurétique recueilli, a constaté qu'il renfermait une culture pure de streptocoques.

En sorte que, d'après ces observations, on peut admettre que les accidents pseudo-grippaux, présentés par F. C..., n'étaient qu'une localisation pleurale d'une infection streptococcique probablement ancienne. La température élevée et oscillante qui a persisté du mois de juin au mois de novembre, la tuméfaction des ganglions cervicaux et inguinaux, la néphrite albumineuse et la pleurésie terminale n'ont été que des épisodes de cette infection venue sans doute des portes d'entrée ouvertes sur la peau.

Le bacille pulviforme a été inoculé à divers animaux sur la réaction desquels l'avenir nous éclairera.

CONCLUSIONS. — 1° Il existe donc, chez l'homme, une affection, autre que la tuberculose et la lèpre, causée par le développement dans les tissus d'un bacille acido-résistant ;

2° Cette affection se rapproche de la lèpre plus que de la tuberculose, puisqu'elle envahit la peau et la muqueuse pituitaire en y provoquant des éruptions et des ulcères, puisque le germe n'est pas nécrosant et ne provoque pas la formation de vrais tubercules ;

3° Elle en diffère en ce qu'elle ne cause pas de lésions anesthésiques ;

4° Elle constitue une infection généralisée qui atteint, en dehors de la peau et des muqueuses, la rate, le foie, les ganglions ;

5° Le bacille acido-résistant qui est l'agent morbigène est fin, court, disposé en amas de poussière d'où son nom de *Mycobacterium pulviforme* ;

6° Il est groupé sans ordre dans des gouttelettes de substance lipéide soluble dans les solvants des graisses ;

7° Le cas que nous venons de signaler n'est certainement pas solitaire. Une enquête à Haïti, d'où le malade était originaire, peut nous renseigner sur la fréquence de cette affection.

Si elle n'a pas été reconnue plus tôt, c'est qu'elle est d'une caractérisation difficile.

A défaut d'examen microscopique elle a toute chance d'être classée sous une rubrique dermatologique quelconque. Si le secours du microscope s'ajoute aux constatations cliniques, le malade sera considéré comme atteint d'une lèpre atypique. Les bacilles peuvent bien paraître plus fins et plus courts que les bacilles de Hansen, mais il arrive si souvent de rencontrer dans les ulcères des bacilles granuleux, que cette observation a peu de chance de donner quelque éclaircissement à un esprit non prévenu.

Si nous n'avions pas eu, s'ajoutant aux étranges caractères cliniques, le tableau si spécial présenté par les préparations faites avec le matériel d'autopsie, jamais nous n'aurions eu la témérité de parler de maladie nouvelle.

SUR UNE TUMEUR MYELODERMIQUE A MEGACARYOCYTES (MEGACARYOCYTOME) DE L'AILE DU NEZ

Par MM. R. ARGAUD et J. MONTPELLIER

Il est depuis longtemps reconnu que les tumeurs de l'aile du nez jouissent, en général, d'une bénignité relative, évoluent très lentement et ne s'étendent qu'exceptionnellement à la joue.

Le hasard voulut que nous rencontrâmes, tout récemment, une de ces néoplasies dont nous allons, dans cette note, étudier l'évolution et la structure très particulières.

Il s'agissait d'une femme de la campagne (72 ans) qui présentait, à la face, une série de lésions, les unes précancéreuses, les autres épithéliomatoïdes, dont l'ensemble constituait le tableau clinique bien connu de l'épithéliomatose multiple sénile.

Leur début remontait à une dizaine d'années.

La malade fut soumise, dès son entrée à l'hôpital, à l'action des rayons X, à la dose de 16 H réparties en 2 séances distantes de 3 semaines. Les différentes lésions cédèrent très rapidement, sauf l'une d'elles qui, bien au contraire, parut s'hypertrophier et finit par acquérir, au bout de trois mois, la forme et les dimensions d'une cerise allongée, étranglée à sa base sur un pédicule de 5 à 6 mm. de diamètre. De consistance rénitente, elle montrait une surface lisse, non ex ulcérée, non desquamante, d'un rouge pâle légèrement translucide.

L'évolution fut donc très rapide; elle le paraîtra d'autant plus si nous mentionnons que cette tumeur, au début, ne dépassait pas la taille d'une petite lentille à peine surélevée.

Pas d'adénopathie régionale; l'état général de la malade paraissait, d'ailleurs, excellent.

Devant la ténacité de ce bourgeon néoplasique, nous résolûmes de l'exciser d'un coup de bistouri.

La pièce bioptique, clivée longitudinalement, est fixée par le formol au 1/10, débitée en série, puis colorée à l'hématoxyline ferrique, l'hémalun-éosine ou le May-Grunwal-Panchrom.

Au faible grossissement, elle donne l'impression d'un énorme granulome, revêtu d'une mince couche épidermique tendue par la pression sous-jacente d'une tramule claire, abondante, riche en cellules et renfermant, en outre, quelques rares nodules épithélioïdes de forme et de taille différentes.

Au fort grossissement, les détails se précisent. Vers la zone d'implantation sur l'aile du nez, l'épithélium tumoral, beaucoup

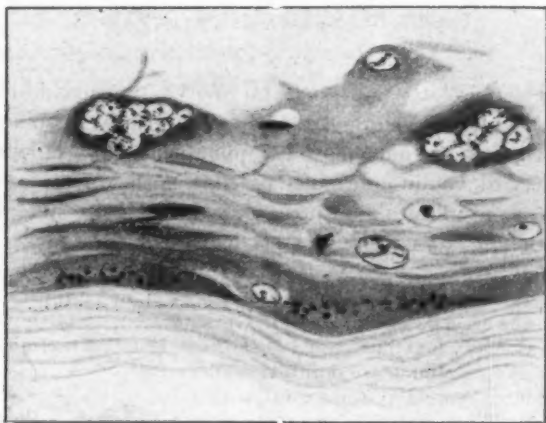


Fig. 1. — Coupe intéressant, au niveau de la partie libre du bourgeon tumoral, l'épiderme profondément modifié et la couche la plus superficielle du derme dans laquelle se trouvent deux mégacaryocytes. Il n'existe aucune transition entre le corps de Malpighi devenu méconnaissable et le derme ; la couche de Rémy a disparu.

ZEISS. Oc. Comp. 6.
Obj. E.

plus épais, conserve, en partie, sa structure normale. Cependant, l'hétéromorphisme et l'hétérométrie sont manifestes dans quelques cellules malpighiennes au noyau diérétique ou pyncotique. La couche de Rémy s'effondre, çà et là, en larges placards dont les éléments s'effilent dans le derme. L'épiderme se modifie et s'amincit vers la partie libre du bourgeon. D'abord l'agencement des cellules basilaires devient de plus en plus capricieux ; puis, une véritable lamination s'établit par tassement tangential ; et, finalement, toutes les assises épidermiques se réduisent à une

superposition de larges lamelles entièrement anucléées, dont les plus superficielles desquament en masse. Les plus profondes restent en étroite connexion, dans le derme, avec des cellules épithéliales erratiques et des cellules à noyau bourgeonnant. Cette métaplasie rend donc impossible, presque partout, la délimitation des assises cutanées.

Dans la fine et délicate tramule qui forme le squelette tumoral, se tassent de nombreuses cellules hétéromorphes ; ce sont, au voisinage de vaisseaux néoformés, des érythrocytes, quelques plasmazellen en manchons périvasculaires incomplets ou en traî-



Fig. 2. — Zone caractéristique du mégacaryocytome.

STIASSNIE, Oc. 1.

Obj. 7.

nées irrégulières, de petites spilling à granulations éosinophiles, des myélocytes, quelques cellules géantes du type de Langhans et, enfin et surtout, une prolifération énorme de cellules à noyau bourgeonnant à toutes les phases de leur activité physiologique et de leur évolution structurale.

L'image de ces mégacaryocytes varie évidemment suivant chacune de ces phases : noyau muriforme, en couronne, en boudin, en mitoses avortées, en gemmation, etc. A l'état quiescent, il n'est pas rare d'apercevoir, au sein de leur protoplasme, de multiples centrioles ou encore, dans chaque gemmule amblichromatique, un nucléole très foncé.

Par endroit, les mégacaryocytes très nombreux se touchent

presque. Par ailleurs, l'aspect de petites cellules confluentes (nodules épithélioïdes), déformées par pression réciproque et dont les noyaux ressemblent étrangement à ceux des mégacaryocytes, tendrait à donner quelque crédit à l'opinion de Saxer sur l'individualisation des myélocytes par séparation gemmulaire et découpage du protoplasma mégacaryocytaire.

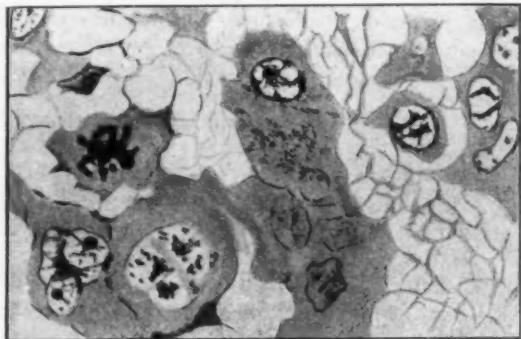


Fig. 3 montrant quelques mégacaryocytes à différentes phases de leur évolution ; en haut et à gauche, mégacaryocyte en diérèse, à droite un mégacaryocyte en train de se dissocier en cellules distinctes.

ZEISS. Oc. comp. 4.

Obj. im. 1/12.

En bordure de l'épiderme, vers l'extrémité libre de la tumeur, les cellules intradermiques prennent, fréquemment, une forme lancéolée ou étoilée avec des noyaux déjà bi ou trigémellés. Entre ces petits éléments et les grands mégacaryocytes existent toutes les transitions. On peut encore apercevoir des corps à protoplasma réfringent, ovalaire, et renfermant 5 à 6 petits noyaux distincts, également espacés, dans lesquels la chromatine disposée en damier (radkern) est beaucoup plus foncée que dans les noyaux quiescents.

L'intérêt scientifique de cette néoplasie cutanée réside surtout dans sa nature myéloïde et dans la profusion des mégacaryocytes qu'elle renferme : profusion singulière qui nous paraît justifier la dénomination de mégacaryocytome, la seule qui puisse rendre un compte exact de son aspect et de sa structure.

C'est, au fond, un véritable myélome dans lequel les cellules à noyau bourgeonnant prédominent d'une façon extraordinaire, au milieu des éléments habituels de pareilles tumeurs, depuis la fine tramule collagène jusqu'aux cellules spécialisées : myélocytes, polycaryocytes, etc.

Il est rare de rencontrer des cellules de Howel, en dehors de la moelle des os, du foie embryonnaire, de la rate... en un mot, en dehors des organes hématopoiétiques, et tout à fait exceptionnel de les trouver dans la peau. Ils furent cependant déjà décrits, dans le derme, en particulier, par Rodler-Zipkin (1), au cours d'une leucémie aiguë, en compagnie de myéloplaxes et de cellules de Langhans ; mais ces éléments étaient rares, isolés et ne constituaient, nullement, dans ce cas, l'objet le plus abondant, caractéristique de la tumeur.

Il eut donc été intéressant d'étudier, entre autres choses, l'hématologie de cette question. Malheureusement le départ brusque de la maladie ne nous permet pas de relater l'examen que nous nous proposons de diriger minutieusement suivant ces données anatomo-pathologiques et nous sommes obligés de limiter à la pure investigation microscopique de la lésion locale, un travail que nous aurions souhaité plus complet.

(1) *Virchows Arch.* 1909, p. 135.

MENSTRUATION ET FÉCONDITÉ DANS LA LÈPRE

Par le Docteur P. Noël
Médecin-major des troupes coloniales.

Dans une communication de MM. Decrop et Salle présentée le 18 novembre 1920 par M. Lacapère à la Société française de Dermatologie sous le titre : « La lèpre dans la région de Fez » je lis :

« Bien qu'elle (la lèpre) soit ordinairement une cause de stérilité, une de nos malades avait un enfant d'un an, il est vrai de petite taille, anémié, et semblant peu apte à l'existence ».

Voyant souvent des naissances à la léproserie de Yaoundé (Cameroun) où sont actuellement quelque 400 lépreux, et ayant présentes à l'esprit les discussions classiques et non encore closes sur la transmission héréditaire de la lèpre, qui présuppose des maternités non exceptionnelles, je me suis reporté au Traité de Pathologie Exotique de Grall et Clarac, volume VII, article *Lèpre* par Marchoux.

J'y vois, page 371, dans la description clinique : « Les troubles de la menstruation ont été également signalés. Les règles se suppriment souvent chez les adultes ; elles n'apparaissent pas ou sont considérablement retardées chez les jeunes filles, en même temps que se manifestent souvent des signes de chlorose ».

Plus loin, page 394, à propos de la lèpre anesthésique : « Dans le sexe féminin, quand elle débute dans le jeune âge, les règles ne s'établissent pas ; chez les femmes adultes elles se suppriment souvent ou se montrent irrégulièrement ».

La même affirmation se trouve encore répétée dans des termes presque identiques page 415 à propos de la lèpre tubéreuse.

Cependant, au chapitre d'Anatomie pathologique, je trouve la phrase suivante qui semble quelque peu en contradiction avec les précédentes :

« L'ovaire est moins atteint que le testicule, cependant l'infiltration lépreuse peut y être assez intense. Elle se continue par

une sclérose de l'organe, qui s'hypertrophie et devient raboteux. Babes a trouvé des bacilles dans les canaux de Pflüger et dans les follicules de Graaf. *En tous cas, les fonctions de l'ovaire ne sont jamais abolies* » (C'est moi qui souligne).

Je me suis alors proposé de vérifier le bien-fondé de ces deux notions :

1°) non établissement de la menstruation chez les jeunes filles ayant contracté la lèpre antérieurement à leur puberté. Fréquente suppression ou irrégularité des menstrues chez les femmes lépreuses.

2°) Habituelle stérilité des lépreuses.

Mon enquête a porté sur 183 sujets du sexe féminin.

De ce nombre il faut d'abord écarter 16 fillettes âgées de 7 à 12 ans, atteintes depuis une à quatre années, et qui ne sont encore ni réglées ni formées, ce qui est normal, la menstruation s'établissant en moyenne vers l'âge de 14 ans.

Au point de vue forme de la lèpre les 167 femmes ou jeunes filles restant se répartissent comme suit :

Forme anesthésique.	148
Forme tubéreuse	9
Forme mixte	10

(On sait qu'en Afrique Tropicale la lèpre anesthésique est de beaucoup la plus fréquente).

I. MENSTRUATION

1°) Sur ces 167 lépreuses, il y a d'abord cinq jeunes filles, âgées de 13 à 14 ans, malades depuis 7, 4, 4, 3 et 2 ans, qui ne sont pas encore réglées, mais chez qui le développement normal des caractères sexuels secondaires, seins bien formés, poils pubiens (pas encore de poils axillaires) peut faire escompter un prochain établissement de la fonction menstruelle.

2°) 12 jeunes filles ou jeunes femmes, encore impubères lors de l'apparition des premiers symptômes de leur lèpre, sont maintenant réglées, de façon régulière, et plusieurs d'entre elles ont déjà eu des maternités.

Age	Ancienneté de la lèpre
23 ans	12 ans
16 —	prime enfance
20 —	8 ans
18 —	6 —
17 —	6 —
18 —	5 —
17 —	5 —
15 —	4 —
15 —	4 —
15 —	3 —
16 —	3 —
16 —	3 —

Je dois faire remarquer ici que la date du début de la lèpre est souvent mal connue et que les indigènes la font remonter généralement à une époque trop récente, parfois au moment seulement de leur internement dans le village de ségrégation. Tous ces chiffres d'ancienneté de la lèpre seraient en réalité à majorer, mais nous avons dû nous en tenir aux déclarations des malades.

3°) 35 femmes, très âgées, avaient déjà atteint leur ménopause avant de devenir lépreuses.

4°) Chez 94 femmes ou jeunes filles, depuis plus ou moins longtemps réglées lors de l'apparition des manifestations lépreuses, la menstruation s'est maintenue régulière bien que la maladie remontât parfois à 12 ou 15 ans au moins.

5°) Enfin 21 femmes étaient réglées quand a débuté la maladie et ne le sont plus maintenant.

Sur ce nombre 20 ont dépassé l'âge normal de la ménopause et présentent des signes de sénilité (canitie, rides, etc.) justifiant parfaitement cette aménorrhée.

Une seule, âgée d'environ 20 ans, lépreuse depuis 5 ans, n'est plus réglée maintenant après l'avoir été, cette aménorrhée coïncidant avec un mauvais état général, corps émacié, seins flétris, développement arrêté lui conservant une silhouette un peu frêle et infantile.

II. FÉCONDITÉ

1°) Ces femmes ont eu, avant d'être atteintes de la lèpre (réserves déjà faites sur la date à laquelle elles font remonter leur maladie), 264 grossesses.

140 enfants sont vivants, les avortements et enfants morts formant un total de 124, soit 46,96 0/0.

Ce chiffre élevé ne doit pas surprendre, car la mortalité infantile est très grande chez les indigènes du fait de la mauvaise hygiène, de l'insuffisante alimentation, de la diffusion de la syphilis et de la sensibilité aux affections pulmonaires.

2°) Depuis qu'elles sont lépreuses, elles ont eu 115 grossesses (certaines ont eu jusqu'à 6 et 7 enfants), et 9 sont actuellement enceintes. 53 de ces enfants sont vivants. Les avortements et décès forment un total de 62, ce qui donne un pourcentage de 53,91, et de 50 0/0 si l'on tient compte des 9 grossesses en cours.

Le nombre total des grossesses est donc plus grand avant l'apparition de la maladie, mais ces femmes dont la lèpre date de 1 à 15 ans et plus, en moyenne 5 ans, et dont l'âge varie de 14 à 70 ans, en moyenne 34 ans, ont eu une vie génitale plus longue avant leur infection que depuis. De plus elles ont souvent des déformations et mutilations qui les rendent rebutantes pour l'homme.

Enfin ce n'est guère qu'avec des lépreux, (au moins depuis leur ségrégation) qu'elles sont exposées à concevoir, et l'on sait combien la fréquence de l'orchite lépreuse rend les hommes moins aptes à la fécondation.

La plus grande partie des grossesses additionnées dans le 2° paragraphe sont dues cependant à des pères lépreux.

Quant au pourcentage de mortalité, il est nettement plus élevé pour les enfants conçus depuis l'infection de leur mère, et il faut tenir compte que, portant sur des enfants moins âgés, la mortalité devrait être plus faible si la lèpre des procréateurs ne créait pas chez leurs descendants une dégénérescence et une fragilité plus grande.

CONCLUSIONS

Il ne semble donc pas que les fonctions génitales soient atteintes, sauf exceptions rares, chez la femme lépreuse.

1°) La menstruation n'est pas modifiée, elle apparaît normalement et continue régulièrement jusqu'à l'âge habituel de la ménopause.

On peut admettre avec Le Dantec (*traité de Pathologie Exotique*, 1911, II^e vol., p. 280) que, « chez les jeunes filles, les

localisations génitales précoces empêchent la croissance et le développement complet des seins et de la vulve » et arrêtent l'éclosion de la puberté, mais ces localisations graves, capables d'amener semblable castration ovarienne sont extrêmement rares.

2°) La fécondité ne paraît pas notablement diminuée si l'on tient compte des réserves formulées plus haut.

Par contre, la vitalité des enfants est sûrement atteinte, leur mortalité plus élevée attestant leur plus grande vulnérabilité et leur moindre résistance.

UN CAS DE RHINOSCLEROME AU MAROC

Par MM. M. DEKESTER et E. MARTIN

Médecins adjoints à l'hôpital régional indigène Cocard de Fes (Maroc)

Rhama bent Si Djilali (Zerhounia), femme de la campagne, âgée d'environ trente-cinq ans, se présente à la consultation d'entrée de l'hôpital le 18 octobre 1920 pour une lésion de la face assez rare pour que son observation vaille d'être notée.

L'affection a débuté il y a six à sept ans par une tuméfaction au-dessus des ailes du nez, vers la partie inférieure des os propres, dure et légèrement saillante. En même temps la malade a présenté du catarrhe nasal, de la gêne respiratoire progressive, mais jamais d'épistaxis. La lèvre supérieure a commencé à être envahie il y a trois ans, puis la voûte palatine il y a six mois, pour en arriver à l'état actuel que l'on peut apprécier par les photographies et la description ci-jointes.

Pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux d'après les dires de la malade qu'il n'est pas possible de vérifier. Cette femme nous affirme que d'autres personnes de sa tribu seraient atteintes de la même maladie, mais nous accueillons cette assertion avec beaucoup de réserve, car le sujet attribue sa lésion à la syphilis, et l'on sait que les lésions syphilitiques à formes bourgeonnantes et ulcéreuses sont très fréquentes au Maroc. La réaction de Wassermann, faite au dispensaire antisiphilitique, est négative.

Description de la lésion. — La tumeur principale siège au niveau du point d'origine ; la peau des ailes du nez est restée intacte et semble refoulée en avant sous forme de deux petits lobules d'apparence et de consistance normales. La tumeur est globuleuse, de consistance uniforme et dure, mais une aiguille y pénètre facilement. Elle est recouverte d'un tégument cutané infiltré, ayant l'aspect de peau d'orange de couleur un peu vineuse, avec quelques petites pellicules de desquamation disséminées à sa surface et quelques croûtelles à sa partie inférieure, laissant voir, quand on les arrache, de petits bourgeons peu saignants. Les orifices des narines sont complètement obstrués et la respiration est absolument impossible par les narines.

La lèvre supérieure est considérablement épaissie, déborde l'inférieure en forme de lèvre de tapir. Elle est de couleur et de consistance

identiques à la lésion nasale, mais la partie correspondant à la bordure de la lèvre ainsi que celle sur laquelle s'écoule le liquide provenant du nez sont ulcérées, croûteuses et laissent sourdre une sanie muco-purulente jaunâtre.



Fig. 1.



Fig. 2.

Au niveau de la gencive, les incisives médianes et latérales sont tombées, et la tumeur se prolonge en arrière en pointe par un bourrelet interposé entre les canines. A la partie postérieure du voile du palais, la luette a disparu et en avant la muqueuse repose sur un plan induré, elle est de plus légèrement surélevée, d'aspect cicatriciel avec quelques traînées blanchâtres ramifiées au milieu du tissu rougeâtre de la lésion. Les piliers antérieurs sont indurés, d'aspect fibreux et la langue est soudée au niveau de sa base à leur partie inférieure.

Nous posons de suite le diagnostic de « Rhinosclérome » confirmé par M. le médecin-major Cristiani, médecin-chef.

L'examen cytologique et bactériologique fut pratiqué aussitôt sur la sérosité séro-sanguinolente retirée par ponction au niveau de la tumeur nasale au moyen de la seringue de Luer. L'examen direct sur lame après coloration au bleu de méthylène phéniqué put seul être fait, notre laboratoire étant seulement en installation, mais fut pourtant suffisant pour nous enlever toute discussion au sujet du diagnostic. En dehors des hématies, des lymphocytes peu abondants et des polynucléaires plus nombreux, nous avons trouvé de vastes cellules rares d'ailleurs, dont deux accolées dans une des figures, à contour assez arrondi, de 60 μ environ, à protoplasma très clair, à noyau

ovoïde de 10 μ prenant mal le colorant. Nous n'avons pas observé de vacuoles ni de transformation colloïde à l'intérieur de ces cellules. Par contre nous avons vu à l'intérieur de ces éléments de vastes amas de bâtonnets de 3 μ environ de long, groupés par 30 à 40 environ, semblant entourés d'une capsule difficilement perceptible.

La lésion étant trop avancée pour songer à une extirpation, et les traitements iodés ou mercuriels ayant d'après les données bibliographiques donné des résultats nuls ou déplorables, nous avons tenté sur cette malade, malgré le séro-diagnostic négatif et le manque d'analogie d'ailleurs de cette affection avec la syphilis le traitement par le néosalvarsan. Nous commençâmes par 0,15 intraveineux, et nous avons continué de huit jours en huit jours en progressant de 0,15 cgs à chaque injection. Nous n'avons pas pu dépasser la dose de 0,60, la malade ayant présenté des phénomènes d'intolérance. Elle a reçu au total en l'espace de deux mois 3 gr. 90. En même temps nous l'avons fait se nettoyer et se gargariser deux fois par jour avec une solution concentrée de chlorate de potasse et nous lui en avons fait sucer 2 gr. par jour en comprimés. Ces deux traitements n'ont pas amené la moindre amélioration dans l'état de la malade qui lassée des injections quitte l'hôpital.

Nous avons cru intéressant de rapporter ce cas pour sa rareté d'abord. Tout à fait exceptionnel en France, le rhinosclérome a bien été observé dans la partie orientale du bassin méditerranéen, mais je ne crois pas qu'il ait été jusqu'ici signalé dans nos pays du Nord de l'Afrique, en tout cas sûrement pas au Maroc dont la nosologie commence seulement à être étudiée.

Au point de vue étiologique, nous avons recherché si la théorie émise par Alvarez (de San Salvador) trouvait ici un appui. Alvarez croit que le rhinosclérome pourrait provenir d'un parasite que l'on rencontre habituellement sur l'*Indigofera tinctoria*, dont la culture est faite en grand dans certaines régions d'Amérique, d'Asie et en Egypte, parasite qui aurait pu produire la fermentation d'« une décoction stérilisée d'*Indigofera*. Or on sait que l'indigo est très employé au Maroc où il sert aux indigènes à teindre la laine pour les tapis? Ils l'appellent « Nil », l'emploient également depuis très longtemps pour des usages thérapeutiques (1), mais le produit qu'ils emploient en teinture leur arrive tout préparé d'Europe. Nous avons cherché à savoir si

(1) Kachef Er-Roumouz (révélation des énigmes) d'Abd er Razzak et Djezzâiri traduit et annoté par le Dr Lucien LECLEAC, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1874, pp. 171-240.

cette plante était répandue au Maroc. Le Comité marocain des plantes médicinales et à essences nous a répondu par l'Intermédiaire de son secrétaire général M. Mege : « Il n'existe à ma connaissance, ni à celle du Comité, à qui j'ai soumis votre lettre, de culture d'*Indigofera* au Maroc. Je l'ai introduite cette année au Jardin d'Essais de Rabat, les graines sont en germination sous châssis ».

Quant à la thérapeutique, nous ne pouvons malheureusement qu'ajouter une donnée négative de plus aux procédés employés précédemment.

SUR L'AGÉNÉSIE D'UNE OU DES DEUX INCISIVES LATÉRALES SUPÉRIEURES COMME SIGNE D'HÉRÉDO-SYPHILIS

par CADENAT
Interne des Hôpitaux de Toulouse.

En décembre 1917, Mandelbaum signalait cette malformation dentaire et la présentait à la Société Royale de Munich comme un signe d'hérédo-syphilis.

Nous avons pu récemment la constater chez un enfant en traitement dans le service de M. le Professeur Caubet pour d'autres manifestations d'hérédo-syphilis tardive.

G. EMILE, 13 ans, entre dans le service le 27 avril pour un gonflement de l'épaule droite. Son épaule est déformée, gonflée surtout au niveau de la racine du membre supérieur, la circulation veineuse superficielle est un peu plus marquée que du côté opposé. A la palpation on trouve la région empâtée, dure, un gros ganglion axillaire, mais surtout une mobilité anormale dans tous les sens, de la tête humérale sur la glène et de la fluctuation profonde au niveau du sillon deltopectoral.

Les mouvements spontanés sont impossibles, les mouvements provoqués sont libres et non douloureux.

Mais si, actuellement, il n'y a pas de douleur ni provoquée ni spontanée, le début a été cependant aigu.

Le 26 mars, l'enfant a été pris de céphalée violente avec épistaxis et fièvre, puis le 28, de douleurs très vives au niveau de son épaule ; son membre a grossi et est arrivé à son état actuel en 4 ou 5 jours alors que les douleurs cessaient.

En outre vers le 20 avril il a eu un gonflement indolore du genou droit, gonflement qui a duré 5 à 6 jours.

La radiographie montre une tête humérale éloignée de la glène, légèrement augmentée de volume et des néoformations périostées à la face interne du tiers supérieur de l'humérus.

Le tibia droit est légèrement épaissi sur la face interne. L'incisive latérale supérieure droite est petite, la gauche n'a jamais paru ; la radiographie montre qu'elle n'est pas incluse, mais absente.

Réaction de Wassermann (pratiquée par M. le Docteur Chatellier dans le service de M. le Prof. Audry).

Le Wassermann est + dans le sang, +++ dans le liquide de ponction retiré de l'articulation, légèrement + chez le père, +++ chez la mère.

Cuti-réaction à la tuberculine purifiée, négative chez l'enfant.

Traitement mixte par l'arsenic, le mercure et l'iode. Le gonflement diminue un peu dès la première injection et permet de discerner une myosite du biceps envahissant le tiers supérieur du muscle. L'amélioration se poursuit nette; en ce moment, après un mois de traitement, les mouvements spontanés sont possibles, la myosite du biceps est en voie de régression, le deltoïde atrophié permet de sentir la tête de l'humérus toujours grosse et la persistance de la laxité articulaire. Guérison complète le 1^{er} juillet.

Lorsque Mandelbaum signalait l'absence d'une ou des deux incisives latérales il avait trouvé, disait-il, le W + souvent chez les parents, fréquemment chez les enfants eux-mêmes, et toujours chez ceux dont la réaction était réactivée par une maladie infectieuse.

Il signalait d'autre part la fréquence des autres dystrophies ou des stigmates de dégénérescence dans les familles de ces malades et concluait à la grande valeur de ce signe pour le diagnostic de l'hérédo-syphilis.

Dernièrement J. Sichel a repris cette question; sur 50 enfants, il a trouvé 26 fois le W +. Chez les 24 autres il n'a pu rechercher le Wassermann chez les parents et par conséquent, on ne peut affirmer ou nier l'hérédo-syphilis. Les auteurs allemands tendent donc à faire de cette absence de l'inc. lat. sup. un diagnostic d'hérédo-syphilis: 52 o/o des cas de Sichel étant affirmés par un W +. Cette agénésie dentaire constitue un excellent signal d'avoir à rechercher la syphilis héréditaire chez le porteur, mais ne nous paraît pas cependant à elle seule avoir une valeur absolue. Sa valeur devient entière lorsqu'elle est jointe comme chez notre malade à d'autres dystrophies. Dans ces cas même si le W était — on serait en droit de commencer le traitement spécifique et de chercher s'il ne réactive pas le Wassermann. Cependant, et déjà Mandelbaum insistait sur ce point, l'absence clinique seule ne doit pas nous suffire, il faut constater l'agénésie par la radiographie. L'inclusion seule ou le retard d'apparition n'ayant aucune valeur. A cet égard l'observation suivante nous paraît instructive.

A. FRANÇOISE, 10 ans, reçoit il y a 2 ans et demi un coup de sabot sur le tibia gauche, la plaie ne guérit pas, et elle entre il y a 8 mois dans le service de M. le Prof. Caubet; on constate alors à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du tibia gauche une ulcération à bords nets, au fond de laquelle l'os est à nu.

Les crêtes tibiales sont émoussées, l'os frontal un peu hyperostosé, la radiographie montre les deux péronés engainés de proliférations osseuses en fuseau.

Le Wassermann (M. le Docteur Chatellier) est + chez elle et chez la mère, on fait un traitement arsénical et hydrargyrique et l'enfant est présentée à la Société Anatomo-Clinique de Toulouse comme ostéosyphilose héréditaire tardive.

Depuis, d'ailleurs la lésion tibiale s'est amendée, il ne reste plus qu'un séquestre dont l'ablation chirurgicale amènera vraisemblablement la guérison complète.

Nous avons examiné ses dents tout dernièrement et constaté l'absence de l'I. L. S. droite. Interrogés, les parents ont déclaré que la dent de lait tombée n'a jamais été remplacée. Deux frères et une sœur plus âgés ne présentent aucune malformation dentaire.

Mais la radiographie nous a montré la présence à l'intérieur du maxillaire d'une dent non encore sortie et par conséquent il y a absence apparente, mais non agénésie.

En interrogeant de plus près les parents, ils nous ont déclaré que lorsque l'enfant est née, la mère a allaité une enfant étrangère en même temps qu'elle. Lorsque la petite Françoise a eu trois mois, on a constaté chez la mère un chancre induré du mamelon que suçait l'enfant étrangère. On aurait à ce moment traité la mère et l'enfant par la méthode homéopathique; il s'agit donc dans ce cas non pas d'une syphilis héréditaire mais bien d'une syphilis acquise dans l'enfance; l'absence d'agénésie dentaire vraie renforce donc l'opinion de Mandelbaum sur la valeur du signe.

A l'heure actuelle, l'opinion généralement admise sur la pathogénie des dysptrophies dentaires est que celles-ci sont liées à l'action sur le bourgeon dentaire de toxines provenant aussi bien d'une auto-intoxication que d'hétéro-intoxications (en particulier des infections).

Comment agissent ces intoxications? Est-ce directement sur le bourgeon comme on le pensait jusqu'ici, ou indirectement par action sur une glande à sécrétion interne? Divers auteurs, en particulier Erdheim, Schmorl, Strada dans l'ostéomalacie, Askarnazy, Ellis, Higbee dans l'ostéite déformante ont montré l'action des parathyroïdes sur l'ostéogénèse. Erdheim et Yoyofucu ont montré leur influence dans l'odontogénèse de la dent du rat; d'après ces auteurs l'ablation des parathyroïdes entraîne un trou-

ble ou un manque de calcification de la dentine. Les troubles portent aussi sur l'émail, l'épithélium adamantin forme des masses irrégulières donnant naissance à des perles d'émail sans structure définie ; le terme ultime de cette perturbation étant l'absence totale de l'émail.

Escherich et Fleischmann se sont aussi occupés de cette question, et pour eux les érosions sont de même la conséquence d'un trouble de la fonction endocrine des parathyroïdes. En particulier si ces glandes sont lésées dans les derniers mois de la grossesse ou les premiers mois de la vie extra-utérine, les dents telles que les incisives qui commencent alors leur calcification, ne se calcifient pas et le follicule dentaire avorte.

Remarquons que la période où débute la calcification de l'incisive latérale supérieure (2^e-8^e mois de la vie extra-utérine) est justement celle où se manifeste le plus volontiers l'hérédo-syphilis précoce. Il est donc vraisemblable d'admettre que les malformations dentaires qui portent sur les dents en calcification pendant ce laps de temps sont liées le plus souvent à l'hérédo-syphilis et peuvent dès lors être considérées comme formant un signe de probabilité d'hérédo-syphilis.

Peut-on pousser la question plus loin et rechercher à quelle période précise correspond le trouble parathyroïdien qui a amené l'absence de l'I. L. S. ? Cela nous paraît malaisé, mais cependant il paraît possible de la déterminer théoriquement. Les lésions qui amènent la formation des tubercules supplémentaires semblent devoir être très précoces, puisque Malassez a montré que ces tubercules sont liés à une partition anormale du bulbe dentaire au moment de sa constitution (17^e semaine pour la dent de six ans, 24^e pour les incisives canines). Les stries et érosions de la dent de six ans sembleraient indiquer une atteinte moins précoce, la calcification de cette dent débutant peu avant la naissance. Pour les incisives et les canines, les auteurs indiquent des chiffres compris entre le deuxième et le huitième mois, il semble logique d'admettre que le début de la calcification se fait dans l'ordre de leur apparition, et que la dent d'Hutchinson témoigne d'une atteinte plus précoce que l'absence de l'incisive latérale et celle-ci d'une atteinte plus précoce que la strie de la canine.

Notre observation de syphilis à trois mois sans malformation de l'I. L. semblerait indiquer que cette dent a commencé à se calcifier à trois mois. Quant à expliquer pourquoi l'atteinte porte

surtout sur les dents du maxillaire supérieur et pourquoi l'atteinte est tellement profonde sur l'incisive latérale supérieure que cette dent avorte complètement, cela ne nous paraît pas possible actuellement.

En résumé : l'agénésie (et non l'absence) d'une ou des incisives latérales supérieures apparaît comme un excellent signe d'hérédo-syphilis à pathogénie vraisemblablement endocrinienne.

Il est sage de s'assurer par la radiographie de l'absence de germe dentaire (1).

(1) On trouvera dans l'article de S. J. SICHEL, *Dermatologische Wochenschrift*, 12 février 1921, n° 6, p. 113, une bibliographie précieuse, surtout en ce qui touche les indications de langue allemande.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Acanthosis nigricans.

Sur l'*acanthosis nigricans* (Ein Beitrag zur Kenntnis der Acanthosis nigricans), par SCHIGA (analysé par HASS in : *Dermatologische Wochenschrift*, 1920, n° 25, p. 393).

Femme de 38 ans, atteinte d'*acanthosis nigricans*, à l'autopsie de laquelle on trouva un cancer de l'estomac accompagné de nombreuses métastases, dont l'une occupait la surrenale gauche, localisation qui d'après l'auteur joue peut-être un rôle étiologique dans la maladie.

CH. AUDRY.

Acrodermatite.

Un cas d'acrodermatite chronique atrophiante avec infiltration secondaire et ulcérations (Ein Fall von Akrodermatitis chronica atrophicans (Herxheimer) mit sekundären Infiltrationen und Ulcerationsbildung), par S. LOMHOLT, *Dermatologische Zeitschrift*, 1917, t. XXIV, p. 485.

Un cas d'érythromélie, d'acrodermatite atrophiante d'Herxheimer, observé sur une femme de 65 ans, et chez laquelle on vit apparaître sur les zones d'atrophie des zones d'infiltration, et des ulcérations (face interne de la jambe, dos des pieds). Ces lésions ont déjà été signalées par Oppenheim, par Hueck (infiltrats) et par Adler (ulcérations).

CH. AUDRY.

Angine de Vincent.

Traitement de l'angine de Vincent par l'acide salicylique (Ueber die Behandlung der Angina Plaut-Vincent par l'acide salicylique), par W. BENNINGSON, *Dermatologische Wochenschrift*, 1920, n° 44, p. 888.

B. obtient d'excellents résultats de badigeonnages avec un mélange d'alcool et de glycérine additionné de 10 o/o d'acide salicylique.

CH. AUDRY.

Bouton d'Orient.

Sur un cas de bouton d'Orient, examen histologique (Ueber einen Fall von Orientheule, zugleich im Beitrag zur Histologie derselben), par FELKE, *Dermatologische Zeitschrift*, 1920, t. XXIX, p. 280.

Lésion typique du dos de la main observée chez un homme de 23 ans revenant d'Alep.

L'examen histologique montre entre autres lésions l'existence d'une zone marginale de grosses cellules à noyau vésiculeux, à protoplasma abondant où sont semées des granulations ressemblant à des gonocoques, qui sont des protozoaires spécifiques.

F. rappelle les recherches antérieures : ces formes ont été décrites par Riehl il y a longtemps, et c'est en 1903 que Marzinowski et Wright en ont reconnu la nature (Bibliographie et figures).

CH. AUDRY.

Cancer cutané.

Sur le cancer des paraffineurs (Ueber Paraffinkrebs), par O. KEMTZEL, *Dermatologische Wochenschrift*, 1920, nos 30 et 31, p. 419 et 525.

Intéressante revue à laquelle nous renvoyons le lecteur.

K. rapproche naturellement le cancer des paraffineurs du cancer des travailleurs du goudron de houille et du brai, auquel il ressemble beaucoup.

(Il ne connaît pas les travaux belges (Bayet, etc.) qui ont montré qu'il fallait chercher dans la présence de l'arsenic la cause du cancer des travailleurs du goudron).

A consulter dans l'original.

CH. AUDRY.

Cutis verticis gyrata.

Nouvelles observations de cutis verticis gyrata (Neue Fälle von sog. Cutis verticis gyrata), par ADRIAN et A. FORSTER, *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1920, t. CXXVII, p. 767.

Des recherches antérieures dues à d'autres auteurs, et de l'examen de 17 cas personnels, ils concluent : qu'on peut distinguer deux types de *cutis verticis gyrata* (pachydermie occipitale vorticillée); le premier appartient à l'acromégalie. Le second observé chez les sujets atteints de brachycéphalie ou d'hyperbrachycéphalie, normale ou acquise. En effet, elle est rare chez les dolichocéphales, et ceux-ci présentent alors un aplatissement anormal de la région osseuse.

Dans les deux cas, la lésion apparaît comme consécutive à un excès du derme et de l'hypoderme qui se met en plis et reste adhérent au ligament suspenseur de la peau.

CH. AUDRY.

Dermites artificielles.

Un nouveau cas de la soi-disant dermatite dysménorrhéique chez l'homme (Nochmals ein Fall von sogenannter Dermatitis dysménorrhoeica symetrica beim Manne), par A. BRAUER, *Dermatologische Zeitschrift*, 1920, t. XXIX, p. 211.

B. a déjà publié un cas masculin de cette dermatite symétrique que Matzenauer et Rolland avaient qualifié de dysménorrhéique comme réservée à la femme et peut être en rapport avec les sécrétions ovariennes. Rolland avait contesté la valeur de cette observation qui d'après lui répondait à des lésions artificielles.

B. à ce sujet montre que K. Edel en a publié un autre cas chez un garçon de 13 ans sous le nom de dermatite érosive disséminée angio-neurotique.

B. discute à ce sujet l'origine artificielle de ces lésions.

CH. AUDRY.

Mélanoplasie argyrique de la muqueuse buccale (Sammelreferat aus dem Gebiete der Rhino-Laryngologie), par O. SIEFERT, *Zentralblatt für innere Medizin*.

S. cite un cas de Schlesinger d'un homme atteint d'argyrie cutanée

généralisée avec mélanoplasie de la muqueuse buccale. L'homme âgé de 53 ans prenait depuis 3 ans des pilules de nitrate d'argent.

CH. AUDRY.

Exanthème antipyrinique rare (Ein seltener Fall von Antipyrinexanthem), par H. BOAS, *Dermatologische Wochenschrift*, 1920, n° 29, p. 471.

Une fille de 19 ans, absorba trois fois par jour 0,30 d'antipyrine associée à 0,30 de phénacétine et vit survenir des œdèmes des yeux, des pieds, et surtout des organes génitaux, principalement des petites lèvres dont la droite avait acquis le volume d'un œuf de poule; l'œdème disparut spontanément, mais reparut aussitôt après l'administration d'une nouvelle dose d'antipyrine.

Des cas semblables ont été signalés sur les organes génitaux de l'homme.

CH. AUDRY.

Sur une coloration de la peau au niveau des veines du bras après emploi de la chrysarobine (Ueber eine einige Verfärbung der Haut über den Venen der Vorderarme nach Anwendung von Chrysarobin), par H. FISCHER, *Dermatologische Wochenschrift*, 1920, n° 34, p. 582.

Chez un homme de 19 ans, psoriasique, l'emploi de la pâte de zinc chrysarobine à 1 o/o amena après 16 jours l'apparition sur la peau de l'avant-bras d'un réseau brun bleuâtre dont les traits suivaient fidèlement le trajet des veines.

Unna et Golodetz ont montré que la coloration de la peau par la chrysarobine tient à ce que ce médicament s'oxyde dans la peau dont les acides gras accélèrent cette réduction. Schamberg en localise l'action dans la couche cornée. En tout cas, on peut mesurer l'oxydation à l'intensité de la coloration et à la quantité d'acide gras de la peau. Il en résulterait que le fait observé que F. par acide gras, réduction et coloration seraient plus intenses au niveau des veines cutanées.

CH. AUDRY.

Éléphantiasis.

Traitement de l'éléphantiasis tuberculeux, par H. GOUGEROT. *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 19 juin 1920, n° 25, page 385.

G. expose en détail le traitement local et général de l'éléphantiasis tuberculeux à propos d'un cas de cette affection évoluant depuis 9 ans chez une jeune fille de 20 ans et présentant au moment de l'examen sur les membres inférieurs des plaques de lupus pernio non ulcérées et ulcérées, des placards ulcéro-fongueux formant transition entre la tuberculose végétante et les gommes tuberculeuses, une trainée de lymphangite gommeuse tuberculeuse, des nodules lupiques disséminés et près du genou droit un placard de tuberculose verruqueuse.

R.-J. WEISSENBACH.

Érythème noueux.

Érythème noueux ; son traitement par le vaccin anti-streptococcique (Erythema nodosum ; its treatment by streptococcus vaccine), par LEVIN-SOHN. *Medical Record*, 20 nov. 1920, p. 859.

Chez une jeune fille âgée de 23 ans, à la suite d'un abcès dentaire, apparaît un érythème noueux tenace des membres inférieurs. Les premières injections de stock-vaccin antistreptococcique provoquent une congestion intense des lésions cutanées et on constate, au niveau des points injectés, l'apparition d'éléments typiques d'érythème noueux. Cette phase de congestion et de production nouvelle de lésions est suivie de guérison. L'auteur pense que certains cas d'érythème noueux traduisent une infection streptococcique atténuée dont le point de départ peut être introuvable.

S. FERNET.

Érythromélgie.

Sur l'érythromélgie (Zur Frage der Erythromelalgie), par KUNSTMANN, *Dermatologische Wochenschrift*, 1920, n° 37, p. 745.

Un homme de 18 ans contracte la syphilis en janvier 1917. En août syndrome érythromélgique limité aux extrémités inférieures. Une série de cures spécifiques ne donnèrent que des améliorations temporaires. En 1919, la marche était devenue impossible. Une biopsie ne révéla qu'une infiltration périvasculaire. Aucun traitement ne fournit un résultat sérieux. Il fallut faire l'amputation des deux cuisses. A droite, il n'y eut point d'écoulement sanguin après l'hémostase. L'examen des nerfs et des vaisseaux périphériques ne révéla aucune altération.

Mais dès le lendemain, le malade souffrit de vives douleurs et de fourmillement dans les deux mains. Les accidents disparurent définitivement 2 mois plus tard.

Dans ce cas, le syndrome érythromélgique devait être rapporté à des troubles centro-nerveux, d'origine syphilitique. La poussée post-opératoire sur les mains est digne de remarque. Peut-être en pareil cas, l'opération de Forster serait-elle à recommander.

(On n'a pas essayé l'adrénaline. — N. du T.).

CH. AUDRY.

Granulome.

Un cas de granulome diphtérique chronique (Case of chronic diphteritic granuloma), par GRAHAM LITTLE. *Proceedings of the Royal Soc. of Medicine (Dermat. Sect.)*, juin 1920, p. 78.

L. a observé chez un médecin de l'armée indienne des plaques datant de quelques mois, ayant la forme de médaillons dont le centre était granuleux et les bords ulcérés ; ces plaques siègèrent sur le dos du pied, sur le gros orteil et sur l'épaule. Antérieurement, une lésion analogue avait existé sur un poignet et avait guéri spontanément sans laisser de cicatrice ni de pigmentation. Il existe, de plus, deux lésions

ulcéreuses à la narine et au voile du palais. L'examen microscopique révèle la présence d'un bacille ayant tous les caractères du *Klebs-Löffler*.

L'existence d'une blennorrhagie compliquée d'arthrite complique le diagnostic car il pourrait s'agir d'hyperkératoses blennorrhagiques devenues diphtéroïdes par infection secondaire ; la présence de lésions muqueuses rend cette hypothèse peu probable.

Le malade aurait, par contre, constaté des cas de diphtérie dans les familles qu'il avait fréquentées antérieurement.

Discussion par Mathews, Pringle, Barber.

S. FERNET.

Grippe.

Enanthèmes et exanthèmes au cours de la grippe (Ueber Enantheme und Exantheme bei Grippe), par A. LEIMDORFER, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1920, n° 35, p. 776.

Il existe pendant la grippe une glossite érythémateuse plus ou moins ponctuée, spéciale, précoce, et aussi de l'angine scarlatiniforme.

Sur la peau du tronc et des membres, on observe aussi un érythème en taches plus ou moins scarlatiniformes, d'autres fois en forme en roséole, ou morbilliforme, parfois même d'urticaire des membres.

CH. AUDRY.

Histologie cutanée.

Dégénération mucineuse du tissu conjonctif de la peau (coloration sur des coupes paraffinées) (Muzinöse Bindegewebsdegeneration in der Haut Färbung im Paraffinschnitt), par KREIBICH, *Dermatologische Wochenschrift*, 1920, n° 32, p. 539.

Pour éviter l'action dissolvante de l'eau sur les granulations, K. conseille de colorer les coupes non déparaffinées dans une solution aqueuse de bleu de méthylène, Giemsa, azuréosine, vert de méthyle-pyronine, safranine, etc. On reçoit les coupes dans 200-300 cc. d'eau distillée additionnées de 1 ou 2 cc. de la solution colorante. La coupe s'étale si l'eau est réchauffée, ou si le rasoir est chaud. On sèche. On fixe à l'alcool : xylol et baume.

Cette méthode permet de retrouver les granulations de dégénération mucinique entre les faisceaux conjonctifs.

CH. AUDRY.

La chimie des substances cornées (Die Chemie der Hornsubstanzen), par E. STRAUSS, *Dermatologische Wochenschrift*, 1920, n° 22, p. 237.

Revue générale, très utile, à lire dans l'original, car elle est trop condensée pour se prêter à l'analyse.

CH. AUDRY.

Hypothyroïdie.

Observation clinique concernant l'influence de l'hypothyroïdie sur les dystrophies cutanées (Klinischer Beitrag betreffend die Beziehung von

Hypothyreose zu dystrophischen Veränderungen der Haut), par F. FISCHL, *Dermatologische Zeitschrift*, 1920, t. XXIX, p. 201.

Un homme de 38 ans présenta une thyroïdite compliquant une fièvre typhoïde. Pendant la convalescence, la peau brunit, les cheveux tombèrent par plaques; beaucoup de dents tombèrent; les ongles devinrent friables. Puis, le tégument des extrémités devint presque atrophique.

L'administration de corps thyroïde amena une amélioration considérable de l'état général et partielle des altérations de la peau. Au microscope, altérations d'atrophie cutanée portant principalement sur le tissu élastique, une destruction des appareils glandulaires, etc.

CH. AUDRY.

Impétigo.

Origine de l'impétigo (Zur Entstehung der Impetigo), par E. FLEHME, *Dermatologische Zeitschrift*, 1920, t. XXXI, p. 111.

Dans 55 cas, F. a toujours cultivé du streptocoque pur ou, dans les formes anciennes, associés au staphylocoque. C'est un streptocoque long, hémolytique et acidifiant faiblement l'agar mannité. Il est pathogène pour les rats blancs auquel il donne un abcès localisé au point d'inoculation. Chez l'homme, une inoculation superficielle donne un impétigo typique.

On trouve ce microbe chez 15 o/o des individus sains, chez 89 o/o des impétigineux. Le streptocoque venant d'une peau saine peut donner des inoculations positives. En scarifiant une peau saine qui avait fourni des cultures de streptocoques, on a provoqué l'apparition d'impétigo. Il faut une porte d'entrée au microbe, la peau saine résiste, plus ou moins énergiquement.

CH. AUDRY.

Infection cutanée.

Infections par Manicules (Maniküriinfektionur), par HERBERT KOERBL (de Vienne), *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1920, n° 6, p. 127.

Pendant les dernières années, K. a observé 32 cas d'infections sérieuses ou graves des doigts déterminées par les manicures : 2 cas de paronychis; 4 panaris paronguéaux; 2 cas de panaris sous onguéaux; 7 cas de panaris tendineux; 5 cas de panaris osseux; 4 cas de panaris articulaires; 2 cas de phlegmons de la main; 1 cas de phlegmon du bras; 1 cas de phlegmon du bras avec thrombo-phlébite (amputation de l'avant-bras); 1 érysipèle; 3 érysipéloïdes.

Tantôt il s'agissait de staphylococcie; tantôt de streptococcie; le plus souvent d'infections mixtes. Dans une seule famille 4 personnes dont les ongles avaient été grattés par les mêmes instruments présentèrent un panari digital. Les pommades des ongles constituent aussi un procédé d'inoculation.

Il est d'ailleurs fort possible que la tuberculose et la syphilis soient inoculés de la même manière.

Il y a lieu d'attirer l'attention du public sur ces accidents et de prendre les précautions nécessaires (désinfection des instruments, etc.).

CH. AUDRY.

Kératome.

Kératome héréditaire palmaire et plantaire, altérations des ongles, anomalie des cheveux, épaississement de l'extrémité des doigts et des orteils dans 5 générations successives (Familiär hereditäres Vorkommen von Keratoma palmare et plantare. Nagelveränderungen Haaranomalien und Verdickung der Englieder der Finger und Zehen, in 5 Generationen (die Beziehungen dieser Veränderungen zur inneren Sekretion), par H. FISCHER. *Dermatologische Zeitschrift*, 1921, t. XXXII, p. 114.

Le titre résume les faits. F. rappelle les faits antérieurs en passant rapidement sur le kératome héréditaire bien connu, en insistant sur les cas de malformations onguéales héréditaires, qui ont été signalées de divers côtés.

Il existe un cas de Nicolle et Hallipré, où dans 6 générations on retrouva associées les altérations palmaires et onguéales. On a aussi (Drum, etc.), signalé l'association au kératome de l'alopecie et d'hyperhydrose localisées, d'altérations de la muqueuse buccale, etc. Plus rarement, on a vu aussi les malformations de l'extrémité des doigts, celle des ongles coïncidant avec l'ichtyose, etc.

A ce propos, F. fait une revue de tous les accidents du même ordre qui ont été rapportés à des troubles thyroïdiens, ou à d'autres accidents d'origine endocrinienne. Il croit que chez les malades dont il s'occupe, les différentes manifestations relèvent d'un hypofonctionnement thyroïdien et qu'il est d'origine congénitale héréditaire.

On peut les rapporter à une anomalie plasmo-germinative, à une dominante plasmo-germinative ectodermique (Meirowsky). Il y a exception pour les anomalies de l'extrémité des doigts et des orteils qui restent indéterminées.

CH. AUDRY.

Leiomyome.

Leiomyome (Leiomyoma), par SAVATARD. *The British Journ. of Dermat. and Syphilol.*, juillet 1920, p. 229.

Cet article concerne un cas typique de leiomyome cutané développé sur l'avant-bras et à la région malaire chez un homme de 48 ans. Existant depuis 35 ans, ces tumeurs se présentaient sous forme d'élevures groupées, brun-jaunâtres, dures, adhérentes à la peau mais mobiles sur les plans profonds. Elles étaient le siège de paroxysmes douloureux spontanés et étaient sensibles à la pression. L'examen histologique montra que les points de départ probables de ces tumeurs étaient les muscles érecteurs des poils.

S. FERNET.

Lichen albus.

Diagnostic du lichen albus (v. Zumbusch) (Ein Beitrag zur Diagnose des

Lichen albus (v. Zumbusch), par W. SCHMEDDING, *Dermatologische Zeitschrift*, 1920, t. XXIX, p. 274.

Obs. d'atrophie cutanée, en plaques, en taches disséminées.

(S. qui élimine le lupus érythémateux, le lichen plan, le lichen plan scléreux, la sclérodermie, etc., oublie totalement de différencier son cas des anetodermies, et des autres formes d'atrophie maculeuse de la peau dont son observation est un exemple).

CH. AUDRY.

Lupus érythémateux.

Un cas mortel de lupus érythémateux avec autopsie (A fatal case of lupus erythematosus with autopsy), par CRANSTON LOW, LOGEN et RUTHERFORD, *The British Journ. of Dermatol.*, août-sept. 1920, p. 253.

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans qui meurt au cours de sa quatrième poussée de lupus érythémateux aigu. L'autopsie révèle une angine diphthérique passée inaperçue. Au niveau des viscères on ne trouve aucune lésion tuberculeuse récente mais uniquement de nombreux ganglions lymphatiques hypertrophiés et sclérosés. Par contre, on constate une endocardite aiguë avec péricardite, pleurésie, etc. Des fragments de lésions cutanées furent inoculés au singe qui ne présenta aucune lésion tuberculeuse. Par contre les cultures du sang prélevé dans le cœur au cours de l'autopsie ont montré la présence du streptococcus salivarius formant des chaînettes d'une longueur exceptionnelle. Il est probable que la mort, dans ce cas, a été déterminée par la diphthérie terminale. Le point intéressant est la présence du streptocoque dans le sang. Il se peut qu'il ait été introduit à l'occasion d'une diphthérie septique terminale, cependant les auteurs tendent à rapprocher leur constatation de celle de Barber qui, dans un cas de lupus érythémateux, a constaté la présence de streptocoques au niveau des amygdales et dans les matières.

S. FERNET.

Autopsie d'un cas de Lupus érythémateux (Post-mortem report on a case of lupus erythematosus), par LOW et RUTHERFORD, *The British Journ. of Dermatol.*, nov. 1920, p. 326.

L'autopsie d'une femme de 56 ans atteinte de lupus érythémateux révèle diverses lésions viscérales et l'absence totale de lésions tuberculeuses. Des examens histologiques ont été pratiqués sur tous les organes et toutes les glandes et n'ont donné que des résultats négatifs au point de vue de la tuberculose. Par contre, cette malade avait présenté peu de temps avant sa mort des infections dentaires multiples avec pyorrhée et de la bronchite chronique. Ses crachats et sa salive contenaient du streptocoque et du bacille de Friedländer. Elle fut très améliorée au point de vue du lupus à la suite d'injections de vaccin antistreptococcique.

S. FERNET.

Lupus tuberculeux.

De la fréquence des localisations diverses du lupus vulgaire d'après 900 cas observés à l'Institut de Finsentherapie de Copenhague (The-

frequency with which various localities are attacked by lupus vulgaris, illustrated by about 900 cases from the Finsen light Institute, Copenhagen), par WITU. *The British Journ. of Dermatology*, oct. 1920, p. 287.

Il résulte de cette statistique établie sur 900 cas que la localisation la plus fréquente du lupus vulgaire est l'intérieur et l'extérieur du nez. Chez l'enfant, cependant, le lupus du nez est rare par rapport à celui de la joue. La fréquence du lupus du nez augmente avec l'âge des enfants. Le lupus des extrémités est relativement plus fréquent chez l'enfant.

S. FERNET.

Du traitement du lupus vulgaire par le nitrate acide de mercure (On the treatment of lupus vulgaris by the liquid acid nitrate of mercury), par ADAMSON, *The British medical Journ*, 24 juillet 1920, p. 123.

Depuis un an A. a traité plusieurs lupus par des attouchements de nitrate acide de Hg. Les bons résultats obtenus très rapidement l'autorisent à recommander ce traitement. Le liquide est appliqué au moyen d'un tampon monté sur une baguette de verre. On touche exactement les tubercules lupiques et les points ulcérés en évitant de cautériser les tissus sains. Pas de pansement. Il se forme des croûtes qui tombent au bout de quelques jours. Ce traitement est assez douloureux et la douleur persiste pendant quelques heures; on peut, dans certains cas, avoir recours à l'anesthésie générale. Les muqueuses peuvent elles aussi être cautérisées et se cicatrisent rapidement. Certains tubercules isolés disparaissent dès la première application; les surfaces ulcérées et infiltrées ainsi que les placards lupiques étendus nécessitent plusieurs applications.

S. FERNET.

Un traitement du lupus vulgaire (A Treatment for lupus vulgaris), par ADANATON. *Proceedings of the royal soc. of med.*, juillet 1920, p. 134.

A. présente un lupus de la face guéri par des applications de nitrate acide de mercure. Ce traitement qu'il applique depuis quelques mois lui paraît donner des résultats excellents tant au point de vue de la destruction des tubercules qu'au point de vue esthétique. L'application n'est pas très douloureuse.

S. FERNET.

Lymphangiokératome.

Sur 2 cas de lymphangiokératome circonscrit næviforme (Ufer zwei Fälle von Lymphangiokeretoma circumscriptum næviforme), par FABRY et ZIEGENTELN, *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 3, p. 53.

Dans un cas (homme), la lésion occupe le côté externe de la jambe droite et de la tibiotarsienne; dans l'autre cas (femme), la face interne du pied gauche. Extirpation.

Il n'y a d'inaccoutumé dans la structure que l'hyperkératose rarement signalée.

CH. AUDRY.

Mycoses diverses.

Sur l'érosion interdigitale blastomycotique (Zur Frage der Erosio interdigitalis blastomycetica), par J. STICKEL. *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 13, t. 32, p. 257.

S. rappelle les travaux antérieurs de Fabry à ce sujet.

Il s'agit d'une dermatose spéciale développée entre les doigts et vers les paumes, rarement entre les orteils, toujours superficielle, bénigne et facilement curable, dont S. a rencontré 45 cas dont 43 avec cultures d'un microorganisme particulier inoculable à l'homme, donnant des abcès aux animaux et répondant à une levure.

Traitement par la teinture d'iode.

CH. AUDRY.

Diagnostic différentiel de la microsporie et de la trichophytie superficielle du cuir chevelu (Die Differentialdiagnose zwischen Mikrosporie und oberflächlicher Trichophytie des behaarten Kopfes), par R.-O. STEIN, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1920, n° 37, p. 815.

La microsporie s'étend dans l'Europe centrale et septentrionale. Artzt et Fuhs en avaient signalé des cas à Vienne. S. en a observé une épidémie scolaire importée de Suisse. A ce propos, il donne un tableau des éléments de diagnostic différentiel d'après l'examen clinique, l'examen microscopique, et celui des cultures, en grande partie d'après Sabouraud et en conformité avec celui-ci.

Il insiste sur les bons résultats thérapeutiques qu'il a obtenus des badigeonnages avec le perhydrol, pratiqués deux fois par jour.

Les mêmes excellents résultats ont été obtenus contre le pityriasis versicolor.

CH. AUDRY.

Sur le sycosis parasitaire et son traitement spécifique (Über Sykosis parasitaria mit besonderer Berücksichtigung der spezifischen Therapie), par Anzt et Fuchs. *Dermatologische Zeitschrift*, 1921, t. XXXII, p. 91.

D. 1914 à 1919 (fin), les auteurs ont soigné 2.573 trichophyties, dont dont 890 sycosis, chiffre qui indique l'intensité de l'épidémie. Pendant la seule année 1919, 1.933 sur un total de 20.296 malades.

Les auteurs ont utilisé le *trichon* (trichophytine polyvalente provenant de *trichophyton cerebriforme* et *gypseum*), la trichophytine de Höchst, une trichophytine de Bloch, provenant de l'*achorion Quincleanum*, et une trichophytine viennoise préparée par Bussan, extraite de culture des *cerebriforme* et de *gypseum*. Au point de vue de la réaction diagnostique, c'est le *trichon* qui a rendu les meilleurs services; au point de vue thérapeutique, les trois autres ont paru plus efficaces. Elles aident puissamment les moyens locaux.

Les autres substances non spécifiques (huile térébenthinée, tuberculine, etc.), sont aussi des adjuvants d'une utilité très appréciable.

CH. AUDRY.

Neuro-fibromatose.

Un cas de maladie de Recklinghausen avec Acromégalie (Case of Reck-

linghausen disease with Acromegaly), par OSMOND *Proceedings of the royal soc. of medicine (Dermat. section)*, juillet 1920, p. 124.

L'observation concerne un malade atteint de maladie de Recklinghausen compliquée d'acromégalie, de névrite optique, d'œdème de la papille et de céphalées. O. émet l'hypothèse que des tumeurs analogues à celles des nerfs périphériques peuvent se développer dans les centres nerveux ou sur les nerfs craniens et donner lieu à des syndromes fort disparates comme celui dont il publie l'observation.

S. FERNET.

Nævus.

Sur la question du nævus (Beiträge zur Nævus lehre), par LEVEN, *Dermatologische Zeitschrift*, 1920, t. I, p. 32.

Il faut avec Meirowsky admettre que l'origine des nævi remonte aux cellules germinatives, théorie du plasma germinatif. L'interprétation de Virchow incriminant le rôle des fentes embryonnaires déterminant localement une irritation est insuffisant et d'ailleurs inexact. Un enfant de 7 ans, dont un oncle maternel était atteint de bec de lièvre, était né porteur lui-même d'un bec de lièvre opéré à l'âge de 14 jours. Il conservait une fente palatine médiane et un nævus occupant la peau de la face, à gauche de la ligne médiane, allant de la lèvre supérieure à l'œil, entre nez et joue, et sans participation de la muqueuse buccale. L. se livre à ce sujet à des considérations et comparaisons qui l'amènent à conclure en faveur de l'hypothèse plasmogermative de Meirowsky : l'anomalie initiale siégeant dans les cellules germinatives, et la malformation constituant en somme une régression, « un retour à l'âge du crocodile ».

CH. AUDRY.

Un cas de nævus pseudo-radriculaire du membre supérieur. Contribution à l'étude des topographies sympathiques, par LAIGNEL-LAVASTINE et TINEL, *Bulletins et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, séance du 23 juillet 1920, p. 1048.

A propos d'un cas de nævus téléangiectasique, L. et T. font les remarques suivantes : 1° la topographie du nævus n'est pas radriculaire, contrairement aux apparences, et correspond à un territoire sympathique, celui de la portion supérieure des centres sympathiques brachio-thoraciques ; 2° l'étude des réactions vaso-motrices montre que le nævus résulte d'une paralysie vaso-motrice, qui contraste avec l'intégrité relative des réactions sudorales et pilo-motrices, c'est un syndrome sympathique dissocié.

R.-J. WEISSENBACH.

Noma.

Sur l'étiologie du noma (Über die Entstehungsbedingungen der Nomà), par G. STUMPKE, *Dermatologische Zeitschrift*, mars 1921, t. XXXII, p. 208.

Fille de 18 ans, atteinte de syphilis secondaire. Cure de Hg, puis

salvarsan (5 inj. de la fin de mai au 22 juin). Le 30 juin, extraction d'une dent (anesthésie locale, un fragment de racine est resté). Presque immédiatement, éruption généralisée. Entre à l'hôpital le 3 juillet avec une érythrodermie mercurielle, une stomatite gangréneuse, de l'ostéopériostite du maxillaire inférieur. Elle succomba au bout de 14 jours au progrès du noma,

A l'autopsie, outre les lésions buccales (gangrène, nécrose, etc.), hémorragies diffuses des reins, foie dégénéré et graisseux. Muqueuse du cæcum et du côlon œdémateuse, érodée. Au microscope, néphrite, etc.

L'examen de la muqueuse buccale montre des spirilles, des fusiformes et des spirochètes.

CH. AUDRY.

Œdème angio-neurotique.

Le traitement autohémotherapique de l'œdème angioneurotique (Maladie de Quincke). par E. SCHULMANN, *Bulletins et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 25 juin 1920, n° 23, p. 939.

Trois cas d'œdèmes angioneurotiques, de cause inconnue traités par des injections sous-cutanées de sang total du sujet, à petites doses : deux centicubes. Les effets du traitement ne sont sensibles qu'après une quinzaine d'injections répétées tous les deux jours dans deux cas, dès la troisième injection dans un cas.

R.-J. WEISSENBACH.

Papillomatose.

Papillomatose maligne de la peau (Papillomatis cutis maligna), par G. FANTL, *Dermatologische Zeitschrift*, 1920, t. XXIX, p. 287.

Homme de 50 ans, chez lequel la maladie a débuté 15 mois auparavant sous forme de deux verrues du prépuce, qui se multipliaient bientôt, malgré les cautérisations (nitrate d'argent), gagnèrent le gland, puis le scrotum, l'abdomen. Pas de douleurs.

Au moment de l'examen, épaississement de la peau du pénis, ulcération végétante de la face dorsale; une perte de substance du prépuce laisse voir le gland intact. Grosses végétations sur le pubis, quelques petites sur le scrotum. Adénite inguinale gauche.

Au microscope, papillomes angiectasiques de la peau, sans tendance histologique à la malignité.

F. cite un cas semblable de Vollmer.

(J'ai publié une observation de ce genre où l'évolution maligne finit par s'établir, dans ces mêmes *Annales* en 1901, p. 384. — N. du T.).

CH. AUDRY.

Pellagre.

La pellagre dans le Trentin après la guerre (Die Pellagra im Trentino nach dem Kriege), par GUIDO DE PROBIZER, *Dermatologische Wochenschrift*, 1920, n° 37, p. 751

La pellagre avait une tendance à diminuer dans le Trentin depuis l'application des lois excluant le maïs avarié.

Pendant la guerre, et depuis la guerre, le maïs a coûté si cher que les paysans ont dû renoncer à la polenta ; or la pellagre a presque complètement disparu, et cela malgré une grande misère.

CH. AUDRY.

Pemphigus.

Pemphigus foliacé et ostéomalacie (*Pemphigus foliaceus* und *Osteomalacie*), par W. SCHULTZE. 1920, 20 nov, n° 47, p. 943.

Un cas recueilli chez une femme de 33 ans. En 1908, apparition de bulles ; en 1909, pemphigus vulgaire chronique, amélioré considérablement par l'arsenic.

En 1918, pemphigus foliacé. En 1919, dculeurs et atrophies musculaires ; déformations osseuses (cyphose, etc.), qui vont en croissant, etc. Pas d'anomalies dans le sang ni dans l'urine.

S'agit-il d'ostéomalacie d'origine et de nature cachectique ou d'un rachitisme tardif ?

(Il y a dans la *Pratique Dermatologique* la photo d'un cas identique. N. D. T.).

CH. AUDRY.

Pityriasis rosé.

Pityriasis rosé du cuir chevelu (*Ueber Pityriasis rosea der behaarten Kopfhaut*), par L. KUMER, *Dermatologische Zeitschrift*, 1920, n° 1, p. 28.

Trois cas de garçons, de 11 et 14 ans, porteurs de lésions de pityriasis rosé du tronc et du cou chez lesquels il existait des efflorescences typiques étendues dans le cuir chevelu, sans chute de cheveux.

CH. AUDRY.

Psoriasis.

Psoriasis bulleux (*Psoriasis bullosa*), par A. KISSMEYER, *Dermatologische Zeitschrift*, 1917, t. XXIV, p. 397.

Une fille de 13 ans, psoriasique ancienne, présentait des squamocroûtes superposées à des pustulo-bulles plus ou moins purulentes ; pus stérile ; pas de fièvre ; pas d'accidents généraux. Guérison par le pyrogallol et la chrysarobine.

H. rappelle qu'on a décrit : 1° une forme aiguë, pustuleuse, fébrile, de psoriasis grave, longue, tenace, récidivante, parfois mortelle, dont il existe des variétés moins sévères ;

2° une forme de psoriasis pustuleux bénin des paumes des mains et des plantes ;

3° une forme de psoriasis pustuleux récidivant, généralisé, non grave.

CH. AUDRY.

Altérations de la muqueuse buccale dans le psoriasis vulgaire (*Über Veränderungen der Mundschleimhaut bei Psoriasis vulgaris*), par H. REIL, *Dermatologische Zeitschrift*, t. XXXII, p. 215.

On a signalé exceptionnellement des altérations psoriasiques de la

muqueuse buccale et Oppenheim en a fait l'examen histologique. R. en donne 2 observations prises chez des hommes de 37 et 48 ans, présentant l'un des taches bleuâtres de la muqueuse des joues, l'autre des efflorescences blanches de la voûte palatine. Examen histologique confirmatif (R. W. -, etc.). Lissauer, Schultz, pensent que les altérations psoriasiques, leucokératiques ou non, sont plus fréquentes qu'on ne le croit. Après tout, on n'est nullement fixé sur la nature du psoriasis; les théories les plus variées sont en question, et on ne voit pas pourquoi les muqueuses seraient nécessairement préservées.

CH. AUDRY.

Porokératose.

Sur la porokératose de Mibelli (Ueber Porokeratosis Mibelli), par BAUCK et HIRSCH, *Dermatologische Zeitschrift*, 1920, t. XXIX, p. 223.

Garçon de 16 mois; la maladie a débuté à l'âge de 4 semaines. Sur la face et le cuir chevelu, peau rouge et squameuse semée d'élevures verruqueuses brunes. Sur les mains et les doigts, traînées linéaires verruqueuses circonscrivant des espaces légèrement atrophiques. Mêmes altérations sur les cuisses et les jambes.

Au microscope: hyperkératose etc. L'altération principale consiste en invaginations interpapillaires remplies de masses hyperkératosiques et parakératosiques. Ce processus a son maximum autour du pore des sudoripares.

B. et H. reconnaissent là les altérations décrites par Mibelli dans sa porokératose.

Il est manifeste que le processus débute par une élevure hyperkératosique à laquelle succèdent les autres anomalies.

Les auteurs rappellent les descriptions antérieures (Mibelli, etc.).

(Il est curieux qu'ils n'éprouvent aucune difficulté à différencier ce cas de certaines formes d'ichtyose).

CH. AUDRY.

Un cas de porokératose de Mibelli unilatérale (Ein halbseitig lokalisierter Fall von Porokeratosis Mibelli), par O. K. SCHOLL, *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, t. LXXII, n° 1, p. 1.

Une petite fille de 13 ans présente des lésions de porokératose typique sur la moitié gauche du nez et du front, la main et le poignet gauche et sur le pied gauche, l'examen histologique confirme le diagnostic.

CH. AUDRY.

Psoriasis.

Cas montrant l'influence du traumatisme sur la distribution du psoriasis (Cases illustrating the influence of trauma on the distribution of psoriasis), par SMALL, *Edinburgh medical Journal*, janv. 1921, p. 51.

OBSERVATION I. — Apparition d'un large placard de psoriasis consécutivement à une plaie de l'épaule chez un soldat de 31 ans ayant eu antérieurement plusieurs poussées de psoriasis mais indemne de toute lésion cutanée pendant les années qui ont précédé le traumatisme.

OBSERVATION II. — Soldat de 27 ans, n'ayant jamais eu de dermatose, présente après la guérison d'une gale infectée du psoriasis dont les éléments sont localisés au niveau des pyodermites guéries. La face et le cuir chevelu sont indemnes.

De ces observations l'auteur conclut que le psoriasis, tout en étant une affection d'origine générale, localise ses lésions de préférence sur les régions traumatisées. Il se peut que les localisations habituelles aux coudes et aux genoux, régions les plus exposées aux traumatismes, soient dues uniquement à ce facteur étiologique.

S. FERNET.

Pyodermite.

Eruption lichénoïde au cours des pyodermies (lichen pyodermique)...

(Über lichenöide Eruption bei Pyodermie (lichen pyodermicus) nebst Bemerkungen über Komplementablenkung im Blute bei Staphylokokken- und trichophytie-Erkrankungen mit Berücksichtigung der Einwirkung von Röntgenstrahlen), par H. T. SAHRENS et ELISABETH GOEHL. *Dermatologische Zeitschrift*, 1920, t. 31, p. 275.

I. — Une fille de 12 ans, atteinte d'impétigo, présente sur le dos une éruption lichénoïde comparable à du lichen *scrofulosorum*, semblable à du lichen trichophytique (réaction nulle à la tuberculine et à la trichophytine).

II. — Une fille de 15 ans, également atteinte d'impétigo, présente un érythème scarlatiniforme et en outre a, sur les bras, le ventre, à une éruption de papules spinulosiques.

Dans les 2 cas, ces éruptions papuleuses disparurent quand la pyodermie fut guérie.

S. et G. étudient à ce propos la déviation de complément au cours de l'infection staphylococcique. S. avait remarqué que cette déviation nulle chez les porteurs de furoncles devenait positive quand ils avaient été traités par la radiothérapie. Or, chez les animaux il a déjà obtenu aussi des résultats positifs. Ces faits se rapprochent des constatations faites dans la trichophytie. Or, dans les deux cas relatés plus haut, il y avait déviation du complément. De plus, les auteurs sont arrivés à provoquer une réaction locale folliculaire et générale fébrile, en injectant dans les membres des germes.

Les auteurs ont vu aussi un érythème exsudatif multiforme chez un sujet porteur de pyodermies. Ils insistent ensuite sur l'immunité qui semble s'installer chez les porteurs de furoncles et de trichophytie après les traitements par la radiothérapie, immunité qui joue peut-être un grand rôle dans la guérison.

CH. AUDRY.

Stomatite.

Sur la stomatite ulcéreuse (Ueber die Stomatitis ulcerosa), par WEINHARDT, *Dermatologische Zeitschrift*, 1920, n° 4, p. 182.

W. ne s'occupe que de la stomatite ulcéreuse vraie, primitive, non secondaire à des intoxications ou à d'autres maladies. Il rappelle les

inoculations anciennes de Bergeron, etc., et fait une description rapide de la maladie. Il résume les travaux relatifs au bacille fusiforme et aux divers spirochètes de la bouche; il admet que le rôle pathogène appartient au bacille fusiforme seul, dont on a décrit plusieurs variétés de forme. Il en a obtenu des cultures anaérobies.

Il a inoculé sous les muqueuses et la peau de lapins et de cobayes des spirochètes et bacilles fusiformes provenant d'une lésion telle qu'on pouvait admettre qu'il s'agissait d'une culture pure. Il a obtenu des lésions ulcéreuses du vagin et de la muqueuse buccales où il a retrouvé, à côté d'autres cocci, les spirochètes et les fusiformes. La lésion du vagin prit une allure ulcéro-membraneuse, puis gangréneuse. Comme les fusiformes se retrouvaient en masse et à peu près seuls sur la marge de la lésion, W. en conclut à leur rôle prédominant. Comme Vincent, l'examen histologique des corps l'a conduit à la conclusion que seuls les fusiformes sont pathogènes. Le fait que les cultures sont anaérobies explique l'efficacité de l'eau oxygénée et du perhydrol.

CH. AUDRY.

Thérapeutique.

La pommade au ratanhia comme épidermisant (Ratanhiasalben als Ueberhautungsmittel), par A. FRIED. *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 1, p. 4.

Oppenheim emploie la pommade suivante :

Extrait de ratanhia	10
Thymol	0,5
Vaseline	100

appliquée 2 fois par jour sur la surface ulcérée.

C. AUDRY.

Tuberculose cutanée.

Tuberculose végétante de la peau (Tuberculosis cutis vegetans), par C. VOGEL, *Dermatologische Wochenschrift*, 1920, n° 33, p. 559.

Un cas de la variété de tuberculose cutanée de Riehl, développée sur l'une et l'autre jambes d'un garçon de 16 ans.

CH. AUDRY.

Tumeur mélanique.

Sur les tumeurs mélaniques (Ein Beitrag zur Kenntnis der melanotischen Tumoren), par W. TREUHERZ. *Dermatologische Wochenschrift*, 1920, n° 48, p. 963.

Femme de 26 ans porteuse d'un nævus mou pigmenté de la poitrine, qui fut traité par des applications de pierre infernale en janvier 1919. 6 mois après, éruption généralisée de nodules pigmentés, mélaniques; la malade était devenue enceinte en mars.

Accouchement en novembre d'un enfant de 1.440 gr. qui mourut, et dont l'autopsie fut négative.

Le 23 décembre, la malade meurt en pleine cachexie mélanique.

Au microscope, on trouvait dans les couches profondes de l'hypoderme des nodules circonscrits de cellules épithéliales et de grains de pigment.

CH. AUDRY.

Une tumeur mélanique de la lèvre traitée par le Radium (Melanotic tumor of lip treated with Radium), par MONTGOMERY et CULVER. *Archives of Dermat. and Syphilol.*, juillet 1920, p. 5.

Contrairement à l'opinion adoptée, M. et C. ont traité une tumeur mélanique de la lèvre par le radium et avec succès.

S. FERNET.

Urticaire.

Urticaire symétrique (dysménorrhéique de Matzenauer-Polland (Urticaria symetrica (dysmenorrhoeica Matzenauer-Polland)), par C. KREIBICH. *Dermatologische Wochenschrift*, 1921, n° 52, p. 1043.

Une fille de 24 ans, réglée depuis l'âge de 22, présente des accidents cutanés depuis l'âge de 10 ans. Il s'agit de taches rouges, symétriquement et successivement développées sur la face, le cou, les membres; ces taches rouges se transforment en surfaces brunes hyperkératosiques.

Histologiquement, troubles vasculaires et épidermiques (hyperkératose) sans lésions inflammatoires. Pas de syphilis.

Anomalies génitales déficientes, début de cataracte corticale double, élargissement de la selle turcique, etc.

Il ne peut s'agir ici de simulation. Il n'y a pas de tendance à la nécrose. Il s'agit de troubles angio-neurotiques, purement vasculaires, d'origine endocrinienne, liés à des troubles ovariens, et qu'il faut rapporter à une urticaire toxinique.

CH. AUDRY.

Un cas d'urticaire persistante verruqueuse (Ein Fall von Urticaria perstans verrucosa), par H. HIRSCH et W. BRUCH. *Dermatologische Zeitschrift*, 1920, t. XXIX, p. 216.

Une femme de 40 ans, nerveuse, porteuse d'un corps thyroïde légèrement augmenté, le pouls rapide, exophtalmie légère, présente depuis 4 ans des efflorescences urticariennes, qui laissent des nodules disséminés sur tout le corps, isolés, roses au centre, bruns au pourtour, légèrement râpeux au sommet. Eosinophilie (8 o/o) assez marquée.

Au microscope, les lésions siègent dans le derme sous-papillaire et l'hypoderme: épaissement du collagène; infiltration inflammatoire périvasculaire. Elastine normale sauf dans les infiltrats. Nombreuses mastzellen et éosinophiles dans les infiltrats; parmi les éosinophiles, beaucoup à noyau rond.

Les auteurs rappellent les cas de Kreibich, de Hartmann, etc.

H. et B. insiste sur la coexistence d'un goitre exophtalmique fruste.

Kristalovicz a déjà rencontré des mastzellen en abondance dans l'urticaire papuleux persistante.

CH. AUDRY.

REVUE DES LIVRES

La prophylaxie des maladies vénériennes, par CARLE. Un volume de 320 pages. Doin, éditeur. Paris, 1921.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt et beaucoup appris dans le volume que mon ami Carles vient de consacrer à la prophylaxie des maladies vénériennes. C'est une œuvre très personnelle, fort bien présentée, dont l'intérêt ne languit pas un seul instant, réveillé à tout propos par des boutades et des observations fort judicieuses.

Il étudie successivement les moyens moraux, sociaux, administratifs, médicaux et individuels au moyen desquels la société et l'individu peuvent se protéger contre les maladies vénériennes. Par sa situation et son expérience il a le droit d'étudier à fond ces questions, de les critiquer et il ne s'en prive pas.

Ce petit volume vient à son temps car ces questions sont à l'ordre du jour dans diverses sociétés et même dans des commissions spéciales médico-parlementaires, il intéressera donc de nombreux lecteurs. Il ne faut pas oublier qu'il a un but pratique celui d'instruire la jeunesse et ceux qui sont responsables de son éducation, c'est à ces derniers surtout que doit s'adresser cet excellent volume sur la prophylaxie des maladies vénériennes.

P. RAVAUT.

Manuel d'art dentaire. Technique de la prothèse des mâchoires, du palais et du nez. *Handbuch der Zahnersatzkunde mit einschluß der Technik des Kiefer Gaumen und Nasen-ersatzes*, par J. PARRIEDT, 1921, Leipzig, A. Felix, éd. Septième édit.

Nouvelle édition de ce manuel tout à fait classique en Allemagne et qui possède, entre autre, l'intérêt de donner une image fidèle de l'art dentaire dans ce pays.

C. AUDRY.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique en 14 séances, par G. ROUSSY et BERTRAND, 2^e édition, 1 volume de 240 pages avec 114 figures en noir. Masson et Cie, éditeurs. Paris, 1920. Prix 12 fr.

C'est la deuxième édition d'un très intéressant volume permettant de comprendre et de voir les principales lésions histologiques dessinées par un artiste de talent. Ces dessins commentés forment un véritable album aussi instructif qu'une collection de coupes et sont très utiles pour l'enseignement de l'anatomie pathologique. Les dessins et leur reproduction parfaite font honneur aux auteurs et à l'éditeur.

P. RAVAUT.

Précis de microscopie, par LANGERON. Un volume de 916 pages avec 293 figures dans le texte. 3^e édition. Masson et C^{ie} éditeurs. Paris, 1921. Prix 30 fr.

Nous n'insisterons pas sur la valeur et l'intérêt que présente ce volume pour l'histologiste. Il en est à sa troisième édition et d'autres la suivront; l'auteur l'a remis au point en ajoutant tous les nouveaux travaux ayant vu le jour pendant la guerre et ils sont nombreux. C'est un livre qui doit figurer dans tout laboratoire.

P. RAVAUT.

Examens de laboratoire du médecin praticien, par GUY LAROCHE. Un volume de 426 pages illustré de 117 figures et planches. 2^e édition. Masson et C^{ie} éditeurs. Paris, 1921.

Ce livre est destiné aux praticiens pour leur permettre de connaître les examens qu'ils peuvent demander au laboratoire et les conditions dans lesquelles ils doivent le demander, pour leur permettre d'interpréter cliniquement le résultat fourni par le bactériologiste, pour aider ceux qui possèdent un petit laboratoire à faire dans de bonnes conditions des examens simples de clinique courante. Ces buts sont parfaitement atteints par l'excellent volume de M. Guy Laroche qui par la clarté du texte et la perfection et l'abondance des planches et dessins rendra les plus grands services. Les spécialistes en dermatologie et syphiligraphie, qui dans leur pratique, plus que dans toute autre, ont chaque jour recours au laboratoire, y trouvent des renseignements précieux et utiles.

P. RAVAUT.

NOUVELLES

CLINIQUE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

Un cours de perfectionnement sur la *DERMATOLOGIE* et les maladies vénériennes sera fait en octobre, novembre et décembre prochains, sous la direction de M. le professeur Jeanselme et avec la collaboration de M. le professeur Sebilleau et de MM. Thibierge, Darier, Hudelo, Milian, médecins de l'hôpital Saint-Louis; Louste, Lian, Darré, Tixier, de Jong, Sezary, médecins des hôpitaux; Gougerot, professeur agrégé; Coutela, ophtalmologiste des hôpitaux; Hautant, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux; Sabouraud, chef du laboratoire municipal de l'hôpital Saint-Louis. Levaditi, de l'Institut Pasteur; Touraine, P. Chevallier, Burnier, Marcel Bloch, chefs de clinique et de laboratoire à la Faculté; Pomaret, Giraudeau, chef des travaux chimiques et physiques; Marcel Sée, Bizard, médecins de Saint-Lazare; Noiré, Civatte, Ferrand, chefs de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis; Carron de la Carrière, Barbé, médecins des Asiles; et Rubens-Duval, ancien chef de laboratoire.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 150 francs.

Cours complémentaire de dermatologie sous la direction de M. le professeur Jeanselme. — *Programme du cours.* — Les leçons auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis et à l'amphithéâtre Henri IV.

Lundi 3 octobre : 1 h. 30, M. Jeanselme : Examen des malades; classifications; lésions élémentaires. — 3 heures, M. Milian : Gale.

Mardi 4 octobre : 9 h. 30, M. Sabouraud : Pelade. — 1 h. 30, M. Gougerot : Tuberculose cutanée; tuberculides. — 3 heures, M. Gougerot : Traitements généraux de la tuberculose. — 4 heures, M. Gougerot : Tuberculides.

Mercredi 5 octobre : 4 heures, M. Gougerot : Mycoses. — 3 heures, M. Gougerot : Mycoses.

Judi 6 octobre : 1 h. 30, M. Touraine : Dermatoses artificielles de cause interne. — 3 heures, M. Marcel Bloch : Méthodes de laboratoire.

Vendredi 7 octobre : 1 h. 30, M. Giraudeau : Technique de radiothérapie cutanée. — 3 heures, M. Burnier : Lupus pernio; engelures; couperose.

Samedi 8 octobre : 1 h. 30, M. Touraine : Lupus de Willan. — 3 heures, M. Marcel Bloch : Erysipèle.

Lundi 10 octobre : 1 h. 30, M. Milian : Chéloïdes. — 3 heures, M. Burnier : Lichen plan.

Mardi 11 octobre : 9 h. 30, M. Sabouraud : Teignes. — 1 h. 30, M. Touraine : Lupus de Willan. — 3 heures, M. Giraudeau : Indications de la radiothérapie cutanée.

Mercredi 12 octobre : 1 h. 30, M. Gougerot : Mycoses. — 3 heures, M. Gougerot : Mycoses.

Judi 13 octobre : 1 h. 30, M. Thibierge : Dermatoses artificielles de cause externe. — 3 heures, M. Civatte : Histologie normale et pathologique de la peau.

Vendredi 14 octobre : 1 h. 30, M. Bizard : Finsentherapie. — 3 heures, M. Noiré : Vaccinothérapie.

Samedi 15 octobre : 1 h. 30, M. Thibierge : Erythème induré de Bazin. — 3 heures, M. Civatte : Histologie normale et pathologique de la peau.

Lundi 17 octobre : 1 h. 30, M. Gougerot : Mycoses. — 3 heures, M. Gougerot : Mycoses.

Mardi 18 octobre : 9 h. 30, M. Sabouraud : Teignes. — 1 h. 30, M. Sézary : Mélanodermites diffuses. — 3 heures, M. Civatte : Histologie normale et pathologique de la peau.

Mercredi 19 octobre : 1 h. 30, M. Hudelo : Prurise. — 3 heures, M. Burnier : Scélérodermie ; maladie de Raynaud.

Jeudi 20 octobre : 1 h. 30, M. Touraine : Lupus érythémateux. — 3 heures, M. Bloch : Morve.

Vendredi 21 octobre : 1 h. 30, M. Pomaret : Pharmacologie dermatologique. — 3 heures, M. Burnier : Dermatoses squameuses ; pityriasis rosé.

Samedi 22 octobre : 1 h. 30, M. Touraine : Traitements locaux, cautérisations, scarifications. — 3 heures, M. Chevallier : Eczéma.

Lundi 24 octobre : 1 h. 30, M. Louste : Erythème polymorphe. — 3 heures, M. Burnier : Eczéma (traitement).

Mardi 25 octobre : 9 h. 30, M. Sabouraud : Pityriasis simplex et stéatoïdes ; eczématides. — 1 h. 30, M. Chevallier : Dermatoses parasitaires ; phthiriasis. — 3 heures, M. Giraudeau : Haute fréquence ; air chaud ; rayons ultra-violet.

Mercredi 26 octobre : 1 h. 30, M. Hudelo : Prurigos aigus et chroniques. — 1 h. 30, M. Milian : Diagnostic des ulcérations de la langue.

Jeudi 27 octobre : 1 h. 30, M. Thibierge : Simulation en dermatologie. — 3 heures, M. Touraine : Furoncles ; anthrax ; botriomycose.

Vendredi 28 octobre : 1 h. 30, M. Neiré : Traitement et radiothérapie des teignes. — 3 heures, M. Burnier : Herpès.

Samedi 29 octobre : 1 h. 30, M. Chevallier : Eczéma, formes cliniques. — 3 heures, M. Marcel Bloch : Ulcères de jambes ; éléphantiasis.

Lundi 31 octobre : 1 h. 30, M. Hudelo : Psoriasis. — 3 heures, M. Burnier : Zona.

Mercredi 2 novembre : 1 h. 30, M. Chevallier : Impétigo ; ecthyma ; intertrigo. — 3 heures, M. Giraudeau : Neige carbonique ; électrolyse ; ionisation.

Jeudi 3 novembre : 1 h. 30, M. Touraine : Urticaire ; urticaire pigmentaire. — 3 heures, M. Chevallier : Maladies des poils et des glandes cutanées, hypertrichoses ; dyshidrose ; bromydrases.

Vendredi 4 novembre : 1 h. 30, M. Hudelo : Pityriasis-rubra pileaire. — 3 heures, M. Louste : Kératose palmo-plantaire.

Samedi 5 novembre : 1 h. 30, M. Chevallier : Acné ; folliculite. — 3 heures, M. Marcel Bloch : Pustule maligne (Charbon).

Lundi 7 novembre : 1 h. 30, M. Rubens-Duval : Radium. — 3 heures, M. Civatte : Histologie pathologique de la peau.

Mardi 8 novembre : 9 h. 30, M. Sabouraud : Séborrhée. — 1 h. 30, M. Ferrand : Tumeurs de la peau. — 3 heures, M. Chevallier : Ichtyose ; Kératose pileaire.

Mercredi 9 novembre : 1 h. 30, M. Hudelo : Pemphigus. — 3 heures, M. Louste : Pellagre ; xanthôme ; xanthélasma.

Jeudi 10 novembre : 1 h. 30, M. Ferrand : Tumeurs de la peau. — 3 heures, M. Touraine : Vitiligo ; dyschromies ; mélanodermie. — 4 h. 30, M. Marcel Bloch : Maladie de Recklinghausen.

Vendredi 11 novembre : 9 h. 30, M. Hudelo : Dermite de Dürhing. — 3 heures, M. Rubens-Duval : Radium.

Samedi 12 novembre : 1 h. 30, M. Thibierge : Accidents du travail. — 2 heures, M. Touraine : Dermatites exfoliantes. — 4 heures, M. Ferrand : Tumeurs de la peau.

Lundi 14 novembre : 1 h. 30, M. Gougerot : L'eczéma réaction de défense. — 3 heures, M. Gougerot : Sycosis microbiens.

Mardi 15 novembre : 9 h. 30, M. Sabouraud : Traitements des états séborrhéiques. — 1 h. 30, M. Chevallier : Purpura. — 3 heures, M. Gougerot : Dermato-épidermites microbiennes. — 4 heures, M. Gougerot : Complications cutanées des plaies de guerre.

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE. — Le cours de médecine coloniale aura

lieu le matin à 10 h. 30. Ce cours est ouvert aux élèves du cours complémentaire de dermatologie.

Détail des leçons de M. le professeur **Jeanselme** : Mercredi 12, vendredi 14, mercredi 19 et vendredi 21 octobre : Lèpre ; mercredi 26 octobre : Bouton d'Orient, leishmanioses cutanées ; vendredi 28 octobre : Pian ; mercredi 2 novembre : Syphilis exotique ; vendredi 4 novembre : Ulcères des pays chauds ; mercredi 9 novembre : Blastomycoses et mycoses exotiques. Granulome Piau bris ; vendredi 11 novembre : Le tokelan, les caratès, les mycétomes ; mercredi 16 novembre : Hygiène de la peau sous les tropiques.

Le cours de **VÉNÉRÉOLOGIE** sous la direction de M. le professeur **Jeanselme** s'ouvrira le 17 novembre.

Détail des leçons. — Jeudi 17 novembre : 1 h. 30, M. Jeanselme : Syphilis ; historique, évolution clinique. — 3 heures, M. Touraine : Diagnostic des ulcérations de la verge.

Vendredi 18 novembre : 1 h. 30, M. Milian : Chancre syphilitique. — 3 heures, M. Sézary : Le tréponème.

Samedi 19 novembre : 1 h. 30, M. Marcel Bloch : Recherche du tréponème. — 3 heures, M. Marcel Bloch : Syphilis expérimentale.

Lundi 21 novembre : 1 h. 30, M. Milian : Chancre syphilitique. — 3 heures, M. Pomaret : Chimiothérapie de la syphilis.

Mardi 22 novembre : 1 h. 30, M. Chevallier : Phagédénisme. — 3 heures, M. Marcel Bloch : Ponction lombaire.

Mercredi 23 novembre : 1 h. 30, M. Hudelo : Eruptions cutanées et muqueuses de la période secondaire de la syphilis (Roséole). — 3 heures, M. Burnier : Syphilis tertiaire.

Jeudi 24 novembre : 1 h. 30, M. Chevallier : Méningites secondaires. — 3 heures, M. Touraine : Sérologie de la syphilis.

Vendredi 25 novembre : 1 h. 30, M. Hudelo : Plaques muqueuses. — 3 heures, M. Milian : Chancre mou.

Samedi 26 novembre : 1 h. 30, M. Marcel Bloch : Méningites tardives. — 3 heures, M. Touraine : Syphilis, manifestations générales et viscérales.

Lundi 28 novembre : 1 h. 30, M. Hudelo : Syphilides papuleuses. — 3 heures, M. Milian : Chancres extra-génitaux.

Mardi 29 novembre : 1 h. 30, M. Gougerot : Syphilis secondaire latente. — 3 heures, M. Gougerot : Prophylaxie.

Mercredi 30 novembre : 1 h. 30, M. Hudelo : Syphilides pigmentaires ; alopecies ; onyxis. — 3 heures, M. Louste : Syphilis ostéo-articulaire.

Jeudi 1^{er} décembre : 1 h. 30, M. Touraine : Mercure et iodure. — 3 heures, M. Chevallier : Syphilis cérébrale.

Vendredi 2 décembre : 1 h. 30, M. Milian : Leucoplasie. — 3 heures, M. Burnier : Syphilis tertiaire.

Samedi 3 décembre : 1 h. 30, M. Chevallier : Syphilis médullaire. — 3 heures, M. Marcel Bloch : Réaction de Wassermann.

Lundi 5 décembre : 1 h. 30, M. Milian : Tabes. — 3 heures, M. Louste : Syphilis hépatique ; ictere.

Mardi 6 décembre : 1 h. 30, M. Gougerot : Syphilis tertiaire latente ; syphilis et cancer — 3 heures, M. Marcel Bloch : Paralysie générale.

Mercredi 7 décembre : 1 h. 30, M. Hudelo : Syphilides secondaires malignes ; évolutions des éruptions secondaires selon le traitement. — 3 heures, M. Louste : Syphilis rénale, testiculo-ovarienne.

Jeudi 8 décembre : 1 h. 30, M. Touraine : Les arsénobenzols. — 3 heures, M. Civatte : Histologie générale de la syphilis.

Vendredi 9 décembre : 1 h. 30, M. Milian : Accidents des arsénobenzols. — 3 heures, M. Louste : Syphilis et grossesse ; lois de l'hérédité.

Samedi 10 décembre : 1 h. 30, M. Thibierge : Déontologie. — 3 heures, M. Coutela : Complications oculaires.

Lundi 12 décembre : 1 h. 30, M. Milian : Accidents des arsénobenzols. 3 heures, M. Burnier : Syphilis tertiaire.

Mardi 13 décembre : 1 h. 30, M. Thibierge : Syphilis et mariage. — 3 heures, M. Chevallier : Guérison, réinfection, immunité, superinfection.

Mercredi 14 décembre : 1 h. 30, M. Jeanselme : Conduite générale du traitement de la syphilis. — 3 heures, M. Louste : Syphilis du tube digestif.

Jeudi 15 décembre : 1 h. 30, M. Hautant : Complications oto-rhino-laryngologiques. — 3 heures, M. Sée : Blennorrhagie.

Vendredi 16 décembre : 1 h. 30, M. Milian : Accidents des arsénobenzols. — 3 heures, M. Lian : Cœur et vaisseaux.

Samedi 17 décembre : 1 h. 30, M. Coutela : Complications oculaires. — 3 heures, M. Sée : Blennorrhagie.

Lundi 19 décembre : 1 h. 30, M. Lian : Cœur et vaisseaux. — 3 heures, M. Sée : Blennorrhagie.

Mardi 20 décembre : 1 h. 30, M. Barbé : Troubles mentaux des syphilitiques. — 3 heures, M. I. de Jong : Poumons, larynx, thorax, pleûre, médiastin.

Mercredi 21 décembre : 3 heures, M. Sée : Blennorrhagie. — 4 h. 30, M. Schulmann : Syphilis des glandes endocrines.

Jeudi 22 décembre : 1 h. 30, M. Tixier : Hérédo-syphilis précoce. — 3 heures, M. Sée : Balanites; végétations.

Vendredi 23 décembre : 1 h. 30, M. Darré : Hérédo syphilis tardive. — 3 heures, M. Dufourmental : Chirurgie réparatrice.

Samedi 24 décembre : 1 h. 30, M. Dufourmental : Chirurgie réparatrice. 3 heures, M. Sée : Blennorrhagie.

Les cours auront lieu au musée de l'hôpital Saint-Louis et à l'amphithéâtre de la Clinique (Salle Henri IV), 40, rue Bichat, Paris, 10^e.

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.), de physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra-violet, finsentherapie, radium), de thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc.

Le musée des moulages est ouvert de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Les cours auront lieu tous les après-midi de 1 h. 30 à 4 heures et les matinées seront réservées aux polycliniques, visites des salles, consultations externes, ouvertes dans tous les services aux élèves.

Un certificat sera attribué aux assistants à la fin des cours.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté de Médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet 3).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Marcel Bloch, chef de laboratoire à la Faculté, 40, rue Bichat (10^e), à l'hôpital Saint-Louis.

Le Gérant : F. AMIRAULT.
